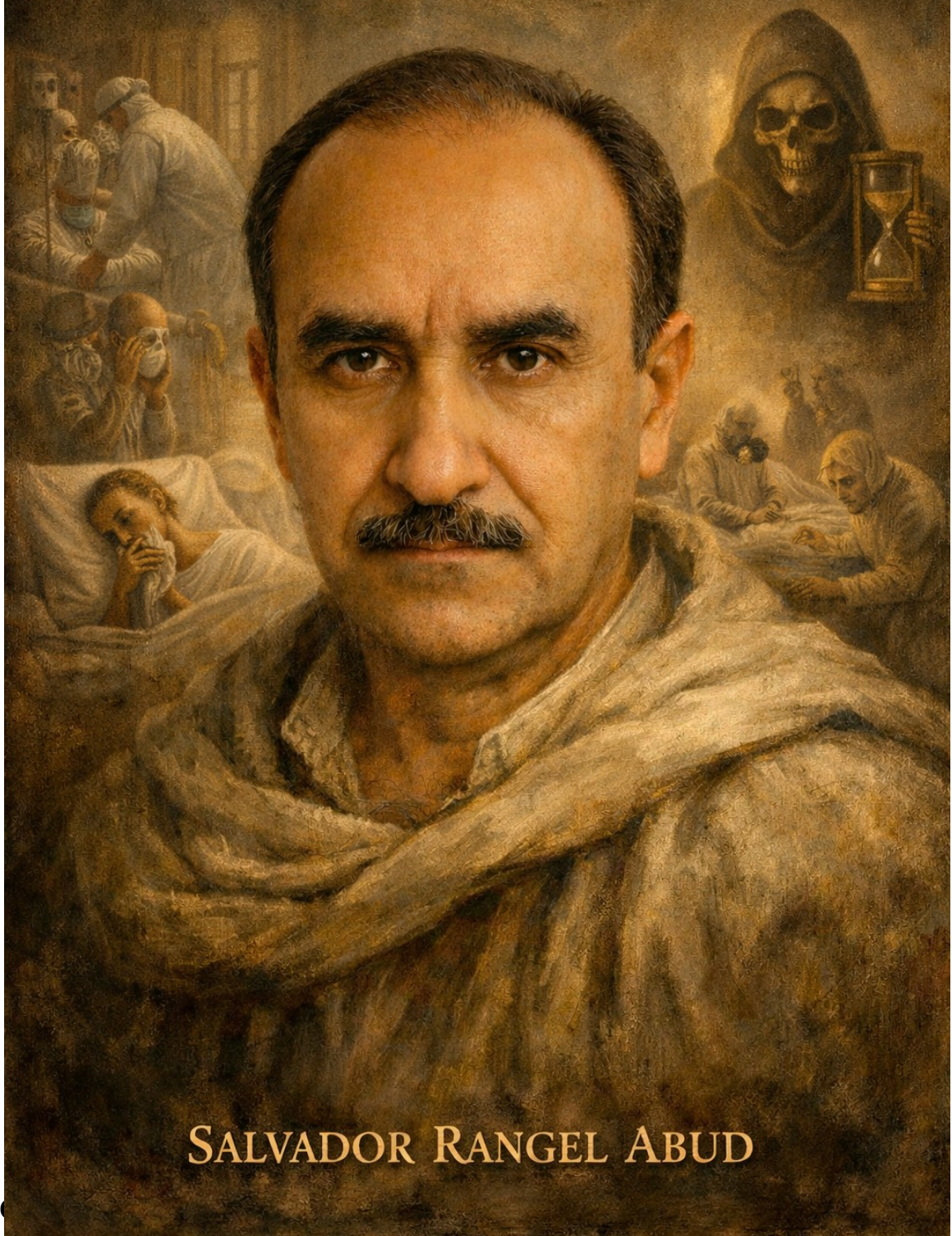


SOBREVIVIENDO



SALVADOR RANGEL ABUD

Por: Salvador Rangel Abud

Trilogía autobiográfica de un médico frente a la muerte

SINOPSIS

Sobreviviendo es la memoria íntima de un médico salubrista que, en distintos momentos de su vida adulta, se convirtió en paciente de sí mismo. Tres episodios —un atropellamiento, un infarto y un cáncer de próstata— forman la columna vertebral de esta obra en la que el autor recorre el tránsito entre el conocimiento clínico y la vulnerabilidad biológica con una lucidez que solo otorga haberlo vivido en carne propia.

La obra está compuesta por tres novelas independientes que juntas forman una unidad temática y vital: *Bitácora de vuelo*, sobre el accidente en la vía pública y la burocracia del sistema de salud; *¿Dónde vas, corazón?*, sobre el infarto que sorprende en la carretera a un hombre que conoce de memoria la fisiopatología del evento coronario; y *Un visitante peligroso*, sobre el diagnóstico oncológico que se instala primero en la mente antes de hacerlo en el cuerpo. Las tres comparten un mismo protagonista: un médico que sabe demasiado para engañarse y demasiado poco para no tener miedo.

DESCRIPCIÓN EXTENDIDA

Sobreviviendo no es un libro sobre la enfermedad; es un libro sobre la identidad. Sobre lo que queda de uno cuando el cuerpo falla, cuando el expediente clínico reemplaza al currículum, cuando el especialista en salud pública se convierte en el paciente número de cama.

A través de una prosa que integra el rigor epidemiológico con la emoción autobiográfica, el autor construye tres relatos en los que el saber médico no funciona como escudo sino como espejo: refleja con mayor precisión aquello que más se teme. El atropellamiento mostró la fragilidad física. El infarto reveló la traición interna del cuerpo. El cáncer confrontó al protagonista con la finitud.

Cada novela tiene su propio tono: la primera, analítica y con humor ácido frente a la burocracia sanitaria; la segunda, más íntima y cronológica, arranca desde el nacimiento del autor para entender cómo construyó su corazón —literal y metafóricamente— a lo largo de siete décadas; la tercera, la más reflexiva, explora la incertidumbre diagnóstica y el peso de decidir un tratamiento cuando uno es, simultáneamente, el médico y el paciente.

Las tres convergen en el mismo hallazgo: sobrevivir no es un acto heroico. Es una secuencia de decisiones pequeñas y persistentes, de ayuda aceptada, de comunidad médica movilizada, de afectos que emergen cuando el diagnóstico retira los filtros sociales.

SOBRE EL AUTOR

Salvador Rangel Abud es médico cirujano, especialista en salud pública, maestro en administración hospitalaria y doctorando en ciencias.

Además es escritor aficionado con más de cien novelas publicadas, en las que ha desarrollado una narrativa que integra el conocimiento médico y epidemiológico con la ficción y el testimonio autobiográfico. *Sobreviviendo* es su obra más personal: la historia de un hombre que estudió la muerte durante décadas y que, en tres ocasiones distintas, estuvo a punto de convertirse en su propia estadística.

ACERCA DE LA OBRA

Título: Sobreviviendo

Subtítulo: Trilogía autobiográfica de un médico frente a la muerte

Autor: Salvador Rangel Abud

Novelas que integran la obra: Bitácora de vuelo | ¿Dónde vas, corazón? | Un visitante peligroso

Género: Narrativa autobiográfica / Literatura médica / Testimonio

Temáticas: Supervivencia, identidad médica, vulnerabilidad, sistema de salud, enfermedad cardiovascular, oncología, accidentes viales, finitud

Idioma: Español

País: México

PALABRAS CLAVE

supervivencia, médico paciente, infarto, cáncer de próstata, atropellamiento, salud pública, sistema de salud México, identidad médica, autobiografía médica, epidemiología, vulnerabilidad humana, trilogía, literatura de salud, finitud

FRAGMENTO REPRESENTATIVO

"Durante muchos años estudié la enfermedad como fenómeno social, como evento estadístico, como carga epidemiológica. Analicé riesgos, probabilidades, tendencias, tasas ajustadas por edad. Hablé de prevención primaria, secundaria y terciaria con la serenidad de quien observa el mapa desde arriba. Pero los mapas no duelen. Las curvas no arden. Los porcentajes no sudan frío a las dos de la mañana."

— Del prólogo general de *Sobreviviendo*

ESTRUCTURA DE LA OBRA

Prólogo general — La voz del médico que mira hacia atrás sus tres umbrales

NOVELA I: Bitácora de vuelo El atropellamiento. El cuerpo que vuela sin control. La burocracia del sistema de salud. El humor como mecanismo de defensa frente a la fragilidad física. Seis capítulos y epílogo.

NOVELA II: ¿Dónde vas, corazón? El infarto en la carretera. La cronología de un corazón desde el nacimiento hasta la crisis coronaria. La opresión retroesternal que un médico reconoce y teme a la vez. El músculo terco y valiente. Seis capítulos y epílogo.

NOVELA III: Un visitante peligroso El cáncer de próstata. El PSA que se eleva en silencio. El purgatorio clínico del varón maduro. La decisión terapéutica como acto del alma, no del conocimiento. Siete capítulos y epílogo.

TEMAS PRINCIPALES

La obra explora tres grandes ejes temáticos que se entrelazan a lo largo de las tres novelas:

La paradoja del médico-paciente. Quien sabe más sobre la enfermedad no sufre menos; sufre de manera más articulada. El conocimiento clínico transforma el miedo pero no lo elimina; lo precisa.

La fragilidad como aprendizaje. Cada episodio de supervivencia desmonta una capa de arrogancia profesional y revela la dependencia esencial del ser humano respecto de los otros: los médicos, la familia, los amigos, el sistema de salud cuando funciona.

La identidad bajo presión. ¿Quién es uno cuando el cuerpo falla? ¿Sigue siendo director, investigador, académico? La obra responde que somos ambas cosas a la vez: vulnerables y competentes, estadística y singularidad.

VALOR EDUCATIVO Y SOCIAL

Sobreviviendo tiene un valor doble: literario y formativo. Para el lector general, ofrece una mirada honesta y sin sentimentalismo excesivo sobre el proceso de enfermar y sanar. Para el lector con formación en salud, aporta una perspectiva poco explorada en la literatura médica mexicana: la del profesional de la salud que transita al rol de paciente y que, desde esa posición, comprende de forma visceral lo que antes analizaba desde la distancia académica.

La obra puede ser útil en programas de formación médica, salud pública y humanidades médicas como texto de reflexión sobre la relación médico-paciente, la experiencia subjetiva de la enfermedad y la toma de decisiones clínicas en contextos de alta incertidumbre.

LICENCIA Y ACCESO

Salvador Rangel Abud © Licencia: Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Esta obra puede ser descargada, leída y compartida libremente con fines no comerciales, siempre que se cite al autor y no se realicen obras derivadas sin autorización expresa.

Contacto del autor: wrangel.1352@gmail.com

MENSAJE FINAL

Sobrevivir no se limita a continuar respirando. Es aprender después del golpe, del dolor torácico, del diagnóstico oncológico. Es integrar la experiencia y transformarla en reflexión. Esta no es la historia de un héroe. Es la historia de un hombre que estuvo, varias veces, al borde de no continuar... y decidió —junto con otros— seguir adelante.

— Salvador Rangel Abud

Serie narrativa autobiográfica wrangel.1352@gmail.com Licencia CC BY-NC-ND 4.0

ÍNDICE

PRÓLOGO GENERAL

BITÁCORA DE VUELO

CAPÍTULO 1:	EL ENTORNO
CAPÍTULO 2:	LA CONFIGURACIÓN DE LA PROBABILIDAD DEL RIESGO
CAPÍTULO 3:	EL EGO Y EL ALTEREGO
CAPÍTULO 4:	EL SISTEMA
CAPÍTULO 5:	LAS FALENCIAS DEL SISTEMA
CAPÍTULO 6:	LA LEY
EPÍLOGO:	CONSECUENCIAS INMEDIATAS

¿DONDE VAS CORAZÓN?

CAPÍTULO 1:	EL COMIENZO
CAPÍTULO 2:	LOS HECHOS PRELIMINARES
CAPÍTULO 3:	LA INCERTIDUMBRE
CAPÍTULO 4:	LA VIVENCIA
CAPÍTULO 5:	LAS REFLEXIONES
CAPÍTULO 6:	LA EVOLUCIÓN
EPÍLOGO:	A LA DISTANCIA

UN VISITANTE PELIGROSO

CAPÍTULO 1:	LOS PRIMEROS AVISOS
--------------------	----------------------------

CAPÍTULO 2:	AVISOS MÁS SUGERENTES
CAPÍTULO 3:	LA AMENAZA TOMA FORMA
CAPÍTULO 4:	EL SALTO DE LA SOSPECHA A LA PROABILIDAD
CAPÍTULO 5:	LA DECISIÓN FINAL
CAPÍTULO 6:	LA PEOR NOTICIA
CAPÍTULO 7:	LAS DECISIONES QUE CAMBIAN LA VIDA
EPÍLOGO:	REENCUENTRO CON LOS AFECTOS

BITÁCORA DE VUELO...

PRÓLOGO

He sobrevivido más veces de las que imaginé cuando era joven y creía que la vida era una línea recta, ascendente y predecible. No sobreviví a una guerra ni a una catástrofe colectiva; sobreviví a mi propio cuerpo. Y eso, con el tiempo, resulta más inquietante.

Primero fue el asfalto. Después el corazón. Y más tarde, silencioso, casi sigiloso, el cáncer.

Durante muchos años estudié la enfermedad como fenómeno social, como evento estadístico, como carga epidemiológica. Analicé riesgos, probabilidades, tendencias, tasas ajustadas por edad. Hablé de prevención primaria, secundaria y terciaria con la serenidad de quien observa el mapa desde arriba. Pero los mapas no duelen. Las curvas no arden. Los porcentajes no sudan frío a las dos de la mañana.

Cuando fui atropellado, lo primero que pensé fue en la probabilidad. Mientras mi cuerpo se elevaba sin control, mi mente —entrenada en el cálculo— recordó la estadística de los peatones. Uno de cada tres hombres de cincuenta años. Yo era ese uno. En ese instante entendí algo brutal: la estadística no es impersonal; siempre termina encarnándose en alguien. Ese alguien, aquella mañana, fui yo.

Sobreviví al impacto. Sobreviví a la caída. Sobreviví a la burocracia posterior. Pero aquella experiencia dejó una grieta invisible: la conciencia súbita de que el cuerpo es frágil y de que el control es una ilusión cuidadosamente cultivada.

Meses después, cuando la opresión retroesternal me sorprendió en la carretera, ya no hubo vuelo ni sirenas lejanas. Hubo silencio. Un silencio interior que precede al diagnóstico que uno no quiere pronunciar. Sabía demasiado para engañarme. Conocía la fisiopatología, el tiempo crítico, la ventana terapéutica. Mientras manejaba hacia el hospital, sabía que cada minuto podía traducirse en músculo muerto.

Sobreviví también al infarto.

Pero el infarto me enseñó algo distinto al atropellamiento. El primero fue violencia externa; el segundo, traición interna. En el asfalto uno puede señalar al conductor, a la imprudencia, al azar urbano. En el infarto no hay culpable visible. Hay una arteria que se obstruye, una placa que se rompe, un coágulo que decide instalarse. El enemigo está dentro y no negocia.

Y aun así, no fue esa la lección definitiva.

El cáncer llegó después. No con estruendo, sino con la ambigüedad de un hallazgo, con la frialdad de un estudio histopatológico, con la palabra que ningún médico quiere escuchar aplicada a sí mismo. La palabra que durante años estudié en mi vida profesional, intentando equilibrar esperanza y realismo. La palabra que de pronto ya no era información clínica, sino amenaza personal.

El cáncer no duele al principio; inquieta. Se infiltra primero en la mente. Uno repasa antecedentes, busca explicaciones, calcula supervivencias como si fueran distancias en un viaje. Recuerda estudios, protocolos, esquemas terapéuticos. Y sin embargo, todo ese conocimiento no evita la pregunta esencial: ¿y si esta vez no sobrevivo?

Sobrevivir al cáncer no es solamente responder al tratamiento. Es atravesar la incertidumbre. Es aceptar la posibilidad de la mutilación, de la radioterapia, de la quimioterapia, de la mirada compasiva de los otros. Es tolerar que el cuerpo cambie, que el espejo devuelva una imagen alterada. Es reconocer que la identidad profesional no inmuniza contra la vulnerabilidad biológica.

En ese momento comprendí que mi historia no era la de un evento aislado, sino la de una persistencia. Una insistencia casi obstinada de la vida por mantenerse.

El atropellamiento me mostró la fragilidad física.

El infarto me reveló la vulnerabilidad cardiovascular.

El cáncer me confrontó con la finitud.

En cada episodio hubo un componente médico, pero también uno profundamente humano. Fui el paciente que analiza su propia mortalidad. El que interpreta su electrocardiograma antes de que el residente termine de imprimirlo. El que conoce las tasas de recurrencia y las curvas de Kaplan-Meier. Pero también fui el hombre que, a solas en una habitación, sintió aprehensión.

Una sensación que no desaparece con el conocimiento; solo cambia de forma. Se vuelve más precisa. Más estructurada. Pero sigue ahí.

Escribo estas páginas porque comprendí que sobrevivir no es un acto heroico; es una secuencia de decisiones pequeñas y persistentes. Es aceptar ayuda cuando uno ha sido siempre quien la ofrece. Es permitir que otros sostengan el cuerpo que tantas veces sostuvo a otros. Es reconocer

que el sistema de salud, al que serví y que critiqué durante años puede, en determinados momentos, convertirse en tabla de salvación.

También es cierto que sobrevivir deja cicatrices invisibles. Después del atropellamiento caminé con muletas. Después del infarto caminé con prudencia. Después del cáncer camino con conciencia. Cada paso era un peso diferente. Ya no era el médico que estudiaba la enfermedad como fenómeno social; era el hombre que había transitado por tres estaciones críticas de la biología humana.

He pensado muchas veces que el verdadero tema de esta obra no es la enfermedad, sino la identidad. ¿Quién es uno cuando el cuerpo falla? ¿Sigue siendo director, investigador, académico? ¿O se reduce a una cama numerada, a un expediente clínico, a un turno de laboratorio?

La respuesta que encontré es incómoda y liberadora al mismo tiempo: somos ambas cosas. Somos vulnerables y competentes. Somos cuerpo y conciencia. Somos estadística y singularidad.

No sobreviví porque fuera más fuerte que otros. Sobreviví porque hubo oportunidad por conocimiento, tecnología disponible por evolución, porque hubo médicos atentos por compañerismo, porque hubo amigos dispuestos, porque hubo decisiones tomadas a tiempo. Y también —no lo niego— porque hubo azar favorable.

Hoy miro hacia atrás y no veo tres tragedias; veo tres umbrales. Cada uno me obligó a redefinir prioridades, a desmontar arrogancias, a comprender que la vida no es acumulación de logros sino permanencia consciente.

Si estas páginas tienen algún sentido, es el de testimoniar que la supervivencia no se limita a continuar respirando. Es aprender después del golpe, del dolor torácico, del diagnóstico oncológico. Es integrar la experiencia y transformarla en reflexión.

He sobrevivido al asfalto, al coágulo y a la célula descontrolada. Y en cada ocasión he descubierto que la vida no se sostiene por inercia, sino por decisión, por apoyo mutuo y por una comprensión más profunda de nuestra fragilidad compartida.

Esta no es la historia de un héroe. Es la historia de un hombre que estuvo, varias veces, al borde de no continuar... y decidió —junto con otros— seguir adelante.

CAPÍTULO 1

EL ENTORNO

Cuando decidí presentarme al programa de Doctorado en Ciencias con área de concentración en Sistemas de Salud, estaba convencido de que sería el complemento perfecto para mi formación médica. Mi naturaleza curiosa y mi corazón positivista anhelaban comprender las causas profundas de las "enfermedades" que aquejan a las instituciones sociales encargadas de preservar la salud de la población.

Mis objetivos permanecían arraigados en la búsqueda de soluciones útiles para la sociedad: servicios que atendieran las necesidades reales de sus integrantes, tanto en el aspecto ontológico como en el ético. Quería entender las limitaciones y utilidades del ámbito político, tal como lo establece Agnes Heller en su Teoría de las Necesidades.

El Seminario de Sociedad y Salud me lo habían descrito como una experiencia que había que "sufrir" para merecer el grado. Esto me hizo recordar con nostalgia los gratos momentos de las clases de Ciencias Sociales durante mi maestría en la antigua Escuela de Salud Pública de México. Evoqué con especial afecto a Eduardo Menéndez y, sobre todo, a Ricardo Loëwe Reiss, con quien había compartido el pan y la sal en su casa de Tepoztlán en más de una ocasión.

Me preguntaba: ¿dónde podría radicar el supuesto sufrimiento de este seminario? Quizás las referencias aludían a los profesores, posiblemente encargados de hacer "pesado" el curso. Opté por la prudencia y decidí esperar para observar desde el interior las características y formas de conducción del evento.

Al fin y al cabo, en mis veinte años como docente del Instituto de Salud Pública de una universidad estatal, había coincidido con muchos especialistas, maestros y doctores de la Junta Académica, con quienes había debatido fructíferamente sobre Salud Pública. Tal vez esa experiencia me ayudaría a adaptarme a un entorno donde TODOS son doctores o aspirantes en diversos niveles de avance.

Cuando me notificaron que el primer seminario sería precisamente Sociedad y Salud, me dispuse a "disfrutar" en lugar de "sufrir" el curso de los acontecimientos. Me prometí no desperdiciar la oportunidad de observar con mirada crítica todo el entorno en el que estaría inmerso los siguientes meses.

Resultó verdaderamente ameno conocer a un grupo heterogéneo de compañeros. Se reunían todos los alumnos de Epidemiología y Sistemas, independientemente del nivel de su programa, lo que enriquecía la perspectiva y permitía absorber diferentes formas de pensamiento.

Había compañeros de Colombia, Cuba, Panamá, Costa Rica y, por supuesto, México. La mayoría oscilaba entre los 30 y 50 años—lo cual parecía lógico—, con un poco más de mujeres que hombres. Sus formaciones abarcaban Medicina, Sociología, Psicología social, Enfermería e incluso Odontología.

La mayoría mostraba una actitud cordial pero distante. Todos con el genuino intento de cumplir un objetivo académico y ganar el respeto de los demás participantes.

He conocido a numerosos doctores en diversas disciplinas, algunos ejemplares que permiten entender muy bien las fallas en los sistemas educativos que los producen. No me sorprendió comenzar a detectar en algunos compañeros los síntomas de la enfermedad que llamo "doctoritis

crónica recidivante"—padecimiento común entre los poseedores de estos títulos nobiliarios, especialmente cuando no han obtenido el crédito y reconocimiento que esperaban de su entorno social.

Siempre he sostenido que "lo más sabio es lo más sencillo" (aunque no necesariamente lo más modesto). Me ha divertido y he aprendido mucho tratando con esta casta de dioses académicos. Ahora me encontraba traspasando las puertas de su reino, intentando pertenecer a la corte.

Como diría mi compadre: —Tratar con puros doctores no solo es aburrido... sino que pienso que es inútil. Nunca resuelven nada por pasársela analizando y analizando, y tal vez hasta proponiendo... pero nunca haciendo.

Bien dicen que a veces los títulos no hacen nobles, sino la pureza del linaje. Hay doctores que asustan, otros que avergüenzan—sobre todo en los campos de Política Económica y Derecho, donde los créditos para obtener grados parecen ser "baratos"—y otros que son tan escasos como el bajo nivel de eficiencia terminal que aparentemente tiene el Instituto Nacional de Salud Pública que nos acoge: menos del 20% en diez años.

Sin embargo, hay quienes reconcilian a uno con el deseo del grado, representando una motivación y una imagen objetivo para perseverar en este arduo proceso. Son estos los que vale la pena conocer para aprender, independientemente de que tengan títulos, linaje o ambas cosas.

Consideré que el responsable del Seminario y sus colaboradores enfrentarían un desafío considerable: lograr que todo este grupo heterogéneo se interesara por los fenómenos sociales dentro del campo de la salud, partiendo del concepto de que "el hombre es un ente conflictivo y problemático, consciente de su existencia, que pretende resolver esa problemática en un nivel de convivencia social".

Lo verdaderamente difícil sería erradicar ciertos hábitos académicos viciosos: la costumbre de resumir en lugar de analizar, de citar en lugar de comprometer juicios propios, de recordar autores, publicaciones y páginas ajenas que impresionan, pero sin el criterio para concluir y proponer en campos específicos de acción orientados al beneficio social.

La esencia radica en formar individuos capacitados y útiles, que no solo produzcan artículos publicados, sino investigaciones que propongan cambios reales en la estructura social y mejoren los niveles de bienestar de sus componentes.

La dinámica establecida de distribuir las lecturas entre los miembros del grupo me pareció interesante, aunque con una evidente falta de previsión en los tiempos destinados para cada presentación. Esto aparentemente no dejaría margen efectivo para la discusión. La coordinación de los temas por parte de docentes altamente capacitados resultaba prometedora, y el ambiente también se perfilaba como atractivo.

El desfile comenzó. Escuchamos un resumen del Estructural funcionalismo, fundamentalmente según Radcliffe, Parsons, Honig-Parnass y Mechanic. Después iniciaron las presentaciones de los alumnos, y nos sumergimos en el mundo del Interaccionismo simbólico de Herbert Mead, Blumer, Charmaz y Goffman—cuya lectura resultó deliciosa.

Solo tuvimos resúmenes de las lecturas y un tibio intento de problematizar las situaciones para iniciar un debate enriquecedor... que no se materializó, entre otras razones, por falta de tiempo.

Conocimos el enfoque del significado del lenguaje con la etnometodología, aunque la fenomenología se abordó superficialmente debido, nuevamente, a las limitaciones temporales. Sin embargo, leer a Alexander, Riessman y Williams resultó ilustrativo, y el docente presentó el tema de manera relevante, rescatando la sesión de la dinámica un tanto insípida que había caracterizado a las anteriores.

Nos adentramos en las teorías del conflicto, privilegiando el Marxismo y dejando a la imaginación analógica del grupo lo relativo al feminismo y ecologismo. Las presentaciones de Cristina Laurell no me satisficieron, y solo la de Zola logró redimir la sesión.

La visualización de las instituciones de salud a nivel macro y micro ofreció apenas un panorama general de algunos aspectos. Las numerosas lecturas y prolongadas presentaciones no dejaron tiempo real para el debate. La inadecuada administración del tiempo y la casi ausencia de problematización efectiva se habían convertido en costumbre.

La inercia dominaba la dinámica. Solo escuchábamos resúmenes de calidad variable, sin propuestas de puntos para debatir. Todo esto, sin menoscabo de reconocer la habilidad de muchos compañeros para resumir y localizar los puntos interesantes de las lecturas, y la de otros para desplegar interminables citas de autores que sonaban muy "doctorales" pero resultaban poco efectivas.

La definición social del riesgo marcó un parteaguas en la dinámica, ya acartonada, del seminario. Se estableció que los resúmenes de las lecturas debían presentarse en cinco minutos del tiempo disponible para cada participante, y se insistió en la sugerencia de problematizar situaciones para fomentar el debate.

El seminario comenzaba a mostrar signos de vida.

CAPÍTULO 2

LA CONFIGURACIÓN DE LA PROBABILIDAD DEL RIESGO

Los accidentes ocupan un lugar prominente en la generación de enfermedad y muerte, especialmente en las sociedades urbanas—consecuencia inevitable de la industrialización y la alta concentración de vehículos automotores.

De todos los accidentes que ocurren diariamente, aproximadamente un tercio involucra vehículos automotores, y de estos, la mitad resulta en personas lesionadas o fallecidas. Entre los accidentes con afectaciones a la salud, más de la mitad son atropellamientos: la colisión directa entre un vehículo y uno o más peatones.

Se estima que ocurre un atropellamiento por cada 50,000 habitantes por día, cifra que representa el riesgo inherente de ser atropellado por el simple hecho de transitar por las calles.

Hagamos el cálculo. Si una persona promedio cruza diez calles al día, se expone a un riesgo estadístico determinado. Así, 50,000 individuos realizarán 500,000 cruces diarios, lo que establece la probabilidad de un atropello por cada 500,000 intentos.

En otras palabras, cada vez que cruzamos una calle, corremos un riesgo de sufrir un atropello equivalente a $1:5 \times 10^{(-5)}$ eventos.

Con mis 50 años, de los cuales aproximadamente 43 he deambulado libremente en entornos urbanos, he vivido unos 15,700 días caminando por calles citadinas. Multiplicados por los diez cruces promedio diarios, suman 157,000 oportunidades—que estadísticamente representan un tercio de los intentos necesarios para materializar el riesgo de ser atropellado.

Esto equivaldría a que uno de cada tres hombres de 50 años sufre un atropello hasta ese momento de su vida.

Y yo fui ese uno de tres hombres que fue atropellado al alcanzar el medio siglo de existencia.

El impacto provino de una camioneta de carga ligera en una avenida transitada de una ciudad populosa de México, que me proyectó contra el asfalto. Pero quizás sea mejor relatar los acontecimientos desde el principio.

Eran las once de la mañana de un día soleado de noviembre que comenzaba a nublarse ligeramente, con el consecuente descenso de temperatura. Acababa de concluir una sesión de trabajo con mi directora de tesis en la institución donde, desde hacía dos meses, cursaba el programa de doctorado en Sistemas de Salud.

Al salir hacia la avenida, recordé que no había desayunado y que el día anterior me había prometido probar los quesos frescos del vecindario—quería evaluar su sabor y confiabilidad con miras a compras futuras.

Decidí descender por la avenida hasta el minisúper más cercano, antes de volver a subir las cuatro cuadras que separaban la institución del departamento que había rentado para mi estancia en la ciudad. Mi alojamiento se encontraba en la acera opuesta, lo que me obligaba diariamente a cruzar varias calles en mis desplazamientos cotidianos.

Tras adquirir el queso, consideré conveniente cruzar la avenida de inmediato. Me detuve en el borde de la acera y evalué la posibilidad de

atravesar con éxito la calle. Miré hacia la izquierda para calcular el momento oportuno y noté que no habría obstáculos por al menos veinte segundos.

Al dirigir mi mirada hacia los vehículos que descendían por la derecha, observé que el conductor de un taxi me hacía señas, cediéndome amablemente el paso. Acepté su ofrecimiento y comencé a cruzar, mientras acomodaba el folder con documentos y el queso recién adquirido.

Quise verificar una vez más la distancia del vehículo que venía por la izquierda, pero solo con el rabillo del ojo advertí un cofre rojo prácticamente encima de mí...

Instintivamente intenté saltar cuando sentí un impacto contundente en mi cuerpo y un zumbido simultáneo que me hizo perder todo campo visual momentáneamente. Sin embargo, percibía la brisa... ¡una agradable brisa refrescante durante el vuelo!

Es curioso, pero puedo evocar con perfecta claridad tres pensamientos que tuve en ese instante:

Primero, comprendí que había sido atropellado—y que el vehículo tenía cofre rojo.

Segundo, supe que volaba sin control.

Y tercero, ¡supe que debía caer... inevitablemente debía caer!

El pánico que pudiera haber experimentado ante tal reflexión fue inmediatamente reemplazado por un nuevo impacto—este sí doloroso—de mi cuerpo contra el pavimento.

Había aterrizado con la nalga y la pierna izquierdas, dando una vuelta de campana para quedar nuevamente sentado sobre la caliente superficie de una transitada avenida en una populosa ciudad mexicana.

El estupor se apoderó de mí al enfrentar la realidad: ¡Estaba tendido en medio de la calle, víctima de un atropellamiento! La camioneta roja se había detenido a unos cinco metros de mi posición.

La gente se aproximaba apresuradamente mientras yo intentaba incorporarme, sacudiendo la cabeza sin conseguirlo. Algunas de las expresiones que escuchaba a mi alrededor eran:

—¡Que no se mueva! —¡Ayúdenlo! —¡Llamen una ambulancia!

En mi intento por levantarme para evitar un segundo atropellamiento, casi caigo nuevamente al experimentar un dolor agudo en mi cadera a la altura del trocánter femoral izquierdo, que se irradiaba intensamente hacia la región lumbosacra y hacia la zona interior del muslo del mismo lado.

La caída, sin embargo, no se produjo, pues en un instante me vi levantado by tres personas que, con buena voluntad aunque sin el menor conocimiento de cómo transportar a un accidentado, me cargaron hacia la

acera más cercana. Movidos únicamente por su genuina solidaridad y deseo de socorrer a un sujeto en desgracia.

Es curiosa la solidaridad social con el desvalido, que se impone sobre la prudencia conservadora de la integridad física de la persona en desgracia.

Uno me sostenía por las axilas mientras los otros dos sujetaban cada una de mis piernas. Yo le pedía a alguien cercano que me ayudara a recoger mis pertenencias dispersas por doquier: mi zapato derecho calle abajo, mis documentos en la trayectoria de la caída, mi reloj que—con el extensible roto—yacía a un lado, y mi queso que había volado en dirección contraria.

Observaba la escena casi desde un ángulo privilegiado, como si cada aspecto estuviera siendo registrado en una película.

Acababa de comenzar el rodaje de la última obra surrealista de Almodóvar, donde un sujeto era atropellado y su "self" comenzaba a narrarle detalladamente todo lo que ocurría mientras lo levantaban.

El "self" contemplaba con claridad cómo lo depositaban en la acera cercana, mientras otro recogía las pertenencias del pobre sujeto recién atropellado.

Pero yo percibía el movimiento de la gente a mi alrededor y seguía escuchando frases inconexas, al tiempo que agitaba fervientemente brazos y piernas intentando evaluar el alcance de las lesiones recién infligidas.

La pierna izquierda me causaba intenso dolor al intentar elevarla, pero al mantenerla junto a la otra en posición extendida, no mostraba desviación hacia el exterior—lo que indicaba que el acetábulo permanecía intacto. No había acortamiento de la extremidad, sugiriendo que probablemente el fémur estaba ileso.

Podía flexionar toda la extremidad a la altura de la rodilla sin crepitación ni limitación de movimiento, lo que sugería que la rodilla no estaba dañada. No experimentaba sensación de debilidad en ninguna zona de la extremidad, y tanto la movilidad como la sensibilidad se mantenían intactas.

Por supuesto, el dolor acompañaba cada movimiento, convirtiendo esta autoevaluación inicial en un proceso sumamente doloroso para las regiones de la pelvis izquierda externa y la ingle del mismo lado.

Las caras externas de ambos antebrazos me ardían, pero podía moverlos libremente sin dificultad ni dolor muscular, articular u óseo; solo experimentaba las abrasiones por fricción en la piel.

Me encontraba en estas minuciosas exploraciones cuando escuché algo que me preocupó profundamente al reflexionar sobre su significado:

—¡Está convulsionando!

CAPÍTULO 3

EL EGO Y EL ALTER EGO

El "self" del protagonista de la película de Almodóvar, evocando la más pura esencia de la corriente etnometodológica de Garfinkel, le susurró como apuntador electrónico al actor que "aquello" significaba algo muy específico: los espectadores interpretaban sus movimientos de autoevaluación musculoesquelética como una crisis convulsiva.

Dadas las circunstancias del impacto, esto podría explicarse lógicamente por un traumatismo craneal.

El "self" continuó su cruel análisis: esto probablemente resultaría en un traslado en ambulancia a un hospital donde, ante tales referencias objetivas, procederían a administrarle un anticonvulsivante y posiblemente un tranquilizante para sedarlo. Después iniciarían una evaluación integral que quizás incluiría estudios tomográficos para descartar fractura craneal, hemorragia cerebral o cualquier otra explicación para las "convulsiones".

También serían obligatorios los estudios radiológicos para valorar posibles fracturas o esguinces, y por supuesto, la batería protocolaria de laboratorio indicada para pacientes accidentados que ingresan con signos neurológicos del sistema nervioso central.

Todo esto, además de las maniobras de soporte vital: canalización endovenosa, colocación de sonda vesical para evaluar lesiones de vejiga y diuresis, monitoreo cardíaco... ¡Una parafernalia verdaderamente TEMIBLE!

Esto también implicaría la imposibilidad de mantener discreción sobre los hechos. Tendrían que notificar a la familia, quienes tomarían el automóvil y acudirían inmediatamente, exponiéndose al riesgo de conducir en estado de estrés hacia una ciudad desconocida.

También significaría que deberían enterarse amigos y compañeros de trabajo tanto en la Dependencia de Salud como en la Universidad—situación poco favorable considerando que la enfermedad representa una tácita disminución de capacidades, nada promisorio para las actividades docentes y de investigación en curso.

Agradecí al "self" el memorando de Garfinkel y a este último sus enseñanzas. Inmediatamente me encontré exigiendo al mediocre actor de Almodóvar que tomara conciencia de todo y explicara a los presentes que no eran convulsiones, que solo comprobaba sus movimientos, que no había perdido la conciencia situacional.

—¡En fin! —les gritaba— ¡que no se preocupen tanto! Agradezco enormemente su intervención, pero...

Vi al propio "self" encarnar al personaje que se encargó de comunicar todo aquello a los parroquianos, cuando la estupefacción se apoderó súbitamente de María Magdalena. Ella, que samaritanamente sostenía mi

cabeza mientras me daba a oler sus manos empapadas en alcohol... ¡medicinal!, ni siquiera etílico.

—Cuenta... que cuenta... —me instaba.

Y el "self" prosiguió informándoles que al uno seguía el dos, y a este el tres, y seguidamente venía el cuatro...

Pero el "self" también me recordaba que yacía en ese momento en la acera, rodeado de desconocidos que deseaban saber mi identidad y a quién podían contactar para informar sobre el incidente.

Cruelmente me advirtió que los transeúntes solo observaban a un pobre hombre de mediana edad, recién atropellado brutalmente por un terrible depredador del asfalto, tendido semiconsciente en la acera, agitando convulsivamente brazos y piernas.

El "self" concluyó gritándome que los demás creían que podría estar muriendo, mientras yo me deleitaba en descubrir que no tenía fracturas óseas.

Continuó diciéndome que tenía los brazos raspados y cubiertos de tierra, que presentaba un aspecto lamentable y que inspiraba compasión tendido allí. Por eso me apresuré a intentar levantarme mientras el actor de Almodóvar aseguraba:

—Me encuentro bien, completamente consciente de todo. Reitero mi agradecimiento por la ayuda recibida.

El actor logró incorporarse y pasaron a la escena dos: el sujeto atropellado sentado en un quicio con profusa sudoración fría, sensación de vacío y un discreto reflejo nauseoso que indicaba el descenso de la presión arterial.

Todo se oscureció momentáneamente y se encontró resbalando desde el quicio hacia la horizontal de la acera.

Me incorporé nuevamente con mayor esfuerzo, y la cruda realidad comenzó a desplazar la realidad surrealista de Pedro, permitiéndome comprender la penosa situación en que nos encontrábamos el actor, el "self"... y yo.

A mi lado había permanecido constantemente un joven que me sujetaba firmemente por los hombros durante todas estas vicisitudes ya narradas. Lentamente comenzó a informarme con voz queda:

—Manténgase tranquilo. La ambulancia está en camino para trasladarlo al hospital.

Estuve a punto de decirle que Garfinkel no lo permitiría, pero preferí voltear para comprobar que los curiosos comenzaban a dispersarse y que la llegada de los paramédicos era inminente.

Urgía actuar inmediatamente sin perder más tiempo, antes de que fuera demasiado tarde.

Mostré mi identificación y anuncié al mismo joven que seguía sosteniéndome:

—Soy médico y estoy perfectamente consciente de lo ocurrido. Le solicito que me permita incorporarme para evaluar mejor mis lesiones y demostrar la validez de mi teoría: solo son golpes y raspaduras.

Me detuve brevemente al recordar que en ningún momento había sentido dolor en la cabeza, y me aventuré a preguntarle:

—¿Presento algún golpe visible en la cabeza?

Afortunadamente obtuve una respuesta negativa. ¡No tenía lesiones craneales! Ni siquiera un rasguño.

En estas disquisiciones me encontraba cuando logré incorporarme con cierta dificultad pero asistido por el joven, comprobando que aparentemente no había fracturas, ya que a pesar del intenso dolor pélvico... podía caminar.

Se presentó la primera de muchas personas que solicitaron conocer mi nombre. Momentáneamente desconcertado, proporcioné automáticamente la información requerida, pero inmediatamente pedí:

—Por favor, no den publicidad al incidente para evitar preocupaciones familiares por posibles tergiversaciones.

Llegó la ambulancia con torreta encendida y sirena aullante para recogerme, aunque ya estaba de pie. Los paramédicos abordaron la situación con una pregunta sencilla:

—¡Digo...! ¿Quién es el ofendido?

Mientras uno formulaba la pregunta, el otro ya se aproximaba con camilla plegable en ristre, dispositivos para inmovilización cervical, instrumental para inmovilización de extremidades, maletín paramédico y otros elementos de un impresionante arsenal de rescate.

Cuando les informé que yo era el "ofendido" pero que no necesitaban utilizar su equipo de rescate, tuve especial cuidado en mencionar:

—SOY MÉDICO y he verificado la ausencia de fracturas. Solamente he experimentado un leve y transitorio descenso de la presión arterial, por lo que les solicito una medición para confirmar mi diagnóstico.

Uno de los paramédicos abrió la ambulancia para permitir mi ingreso, mientras el otro guardaba, algo decepcionado, todo el equipo básico de rescate. Entré en el vehículo mientras la mujer del alcohol —María Magdalena— y otros espectadores complementaban la información sobre el accidentado:

—No pudo levantarse solo... convulsionó... se desmayó dos veces... se negó a proporcionar información...

Y otras afirmaciones por el estilo.

Ya dentro del vehículo y a solas con uno de los paramédicos, recurrí a la retórica para convencerlo de que aquellas personas bienintencionadas estaban confundidas.

Le relaté los eventos descritos por el "self" con actitud de minimización y sobreactuación razonada de mi "buen estado", hasta que el hombre sonrió y procedió a preguntarme nombre y edad, que comenzó a registrar en un formulario específico.

Le mencioné que había experimentado diaforesis profusa, mareo y sensación de frío, respaldando mi diagnóstico de hipotensión que afortunadamente persistía ligeramente, arrojando valores de 100/70 mmHg que "tranquilizaron" al paramédico al confirmar mi afirmación.

Esto naturalmente me otorgó todo su respeto profesional, en la más pura esencia del ejercicio jerárquico en el ámbito sanitario, donde los médicos ocupan la cúspide y los paramédicos estratos inferiores... al menos este paramédico pertenecía a "esa" categoría de personas que creen en semejante jerarquización.

El resultado fue que comenzó a "inventar" toda la información restante requerida por el formulario, solicitándome finalmente mi número de cédula profesional para que pudiera firmar como responsable de "mí mismo".

Por supuesto, se la proporcioné gustosamente, considerando que con ello concluiría el penoso incidente y asumiría la responsabilidad del ¡estúpido "self"! recién atropellado.

Observé cómo consignaba 18 respiraciones por minuto, 70 latidos cardíacos por minuto, y finalmente me preguntaba mi edad...

¡Mi edad!

Recordé entonces que apenas cuatro meses atrás había ingresado al clan de los cincuentenarios, ostentando dignamente el elemento simbólico.

—¡Cincuenta años! —me escuché responder con orgullo doliente.

La estadística se había cumplido con precisión matemática implacable.

CAPÍTULO 4

EL SISTEMA

Finalmente había esperado cincuenta años para ser atropellado. Medio siglo exacto. Mientras el paramédico anotaba mi edad en su formulario, reflexioné con amarga ironía que quizás el episodio habría resultado menos embarazoso cuatro décadas atrás.

En aquel entonces, la nota periodística habría sido: "Un niño de diez años fue arrollado por un vehículo". Ahora, inevitablemente sería: "Un hombre de cincuenta años fue atropellado". La diferencia era sutil pero cruel: del niño que inspira ternura al adulto que provoca lástima. Exactamente lo que yo estaba generando en los presentes: lástima.

El *self* observaba desde su privilegiado ángulo etnometodológico cómo firmaba los documentos con mano temblorosa. Estuve tentado de pedirle que él firmara en mi lugar —después de todo, había sido él quien se había

dejado atropellar—, pero finalmente decidí estampar mi propia rúbrica, liberando al actor de Almodóvar de tan penosa obligación.

—¿Podrían llevarme a mi domicilio? —pregunté al paramédico.

—Por supuesto, doctor.

La deferencia profesional había obrado su magia. Guardaba la identificación cuando por la puerta lateral de la ambulancia apareció un rostro encachuchado, claramente identificable como agente de tránsito. Con voz "profesional" y ligeramente suspicaz, formuló una pregunta:

—¿Usted es el atropellado?

Miré alrededor del habitáculo: el paramédico con su uniforme impecable y yo con la ropa polvorienta, raspaduras en brazos empolvados, manos y rodillas cubiertas de tierra, el ánimo igualmente empolvado.

Interpreté la pregunta como una brillante demostración de las capacidades deductivas del representante de la autoridad.

Sin embargo, recordé a Herbert Mead y su interaccionismo simbólico. Yo era un ATROPELLADO QUE INSPIRABA LÁSTIMA, temporalmente estigmatizado, y aquella pregunta aparentemente absurda requería una respuesta protocolaria:

—Sí, oficial. Yo soy el atropellado.

Me observó detenidamente, como catalogándome, y luego se dirigió al paramédico:

—¿Cómo está? ¿Lo van a trasladar al hospital?

—El afectado es médico —respondió mi nuevo aliado—. Se ha responsabilizado de sí mismo.

Confirmé la información y expliqué que no consideraba necesario acudir al hospital. Aparentemente no presentaba fracturas ni lesiones significativas, solo golpes y raspaduras.

Desde el exterior llegaron voces dirigidas al oficial, cuestionándolo:

—¿Por qué trata al conductor como culpable sin conocer las circunstancias?

El oficial volteó y respondió con tono burocrático:

—Basándose en la premisa de que "el peatón siempre tiene preferencia", es necesario deslindar responsabilidades ante el Ministerio Público. En ningún momento he formulado acusación alguna.

Al escuchar esto, una intensa curiosidad me invadió. Quería ver al responsable de mi vuelo involuntario, mirarlo a los ojos, conocer el rostro del hombre que había materializado las estadísticas.

—¿Esa persona fue quien me atropelló?

—Así es.

—¿Puedo verlo?

Me asomé al exterior y encontré a un joven visiblemente atemorizado. Al verme, su rostro se descompuso. Le dirigí unas palabras que creí tranquilizadoras:

—No se preocupe demasiado. Me encuentro bien y no presentaré querrela. No tengo certeza sobre la responsabilidad total del incidente, y ante tal ambigüedad, me parece injusto establecer una acusación prematura.

El joven escuchó atentamente, agradeciendo con un asentimiento y una leve sonrisa. Por un momento me sentí reconfortado, creyendo ingenuamente que aquella secuencia de la película de Almodóvar había concluido.

Podría regresar a mi hogar para sanar heridas y restaurar mi orgullo maltrecho, en la más noble manifestación aristotélica de considerar motivo de felicidad estar vivo e íntegro.

Pero el oficial no había terminado:

—¿Realmente no desea presentar una demanda por lesiones?

—No, oficial.

—De cualquier manera debe acudir al Ministerio Público para firmar el "libro de perdones".

El "libro de perdones". Qué eufemismo tan mexicano.

—¿Puede caminar?

—Sí, aunque con dolor.

—Entonces lo invito a trasladarse de la ambulancia a la patrulla. Debe comparecer ante el MP acompañado por el responsable del atropellamiento.

El *self* comenzó a susurrarme que la película de Almodóvar había cambiado de género: ahora era un thriller burocrático. Abandoné la ambulancia no sin antes agradecer profundamente al joven universitario que me había acompañado durante todo el episodio y había recogido mis pertenencias dispersas. Él solicitó mi número telefónico para interesarse posteriormente por mi salud.

—La existencia de personas como usted —le dije— reconcilia al individuo con la sociedad y con la vida misma.

Con considerable dificultad comencé a caminar, prácticamente cargando mi pierna izquierda. Atravesé la misma avenida que minutos antes había intentado cruzar sin éxito, ahora convertida en el escenario de mi particular vía crucis burocrático.

Abordé la patrulla junto al joven atropellador. El dolor limitaba significativamente mi movilidad normal, pero el protocolo debía cumplirse. La estadística se había materializado con precisión matemática implacable, y ahora el sistema reclamaba su parte.

El *self* sonreía desde su ángulo privilegiado: la verdadera aventura apenas comenzaba.

CAPÍTULO 5

LAS FALENCIAS DEL SISTEMA

El oficial de tránsito que presumía de gran perspicacia arrancó la patrulla con nosotros a bordo: el atropellador y yo, unidos por el extraño vínculo de las circunstancias.

Durante el trayecto hacia el Ministerio Público, nuestro conductor dio una vuelta en "U" en zona prohibida. Pensé, no sin ironía, que el ejemplo de la autoridad distaba mucho de ser ejemplar. Quizás la "urgencia" del caso lo justificaba... aunque para ellos nunca pareció urgente.

Intenté comunicarme con mis únicos amigos en la ciudad, cuyos números reposaban en mi teléfono celular —afortunadamente intacto tras el accidente. Ambos médicos, ambos casados, podrían haberme ayudado.

Especialmente él: un ortopedista reconocido en la ciudad. Coincidencia providencial para alguien recién atropellado. Lamentablemente no logré contactarlos.

Llegamos al Hospital General, donde anexa al servicio de urgencias se encontraba una agencia del Ministerio Público —disposición común en los hospitales importantes de las grandes ciudades mexicanas. Al detenerse la patrulla, los oficiales emprendieron la marcha sin indicación alguna, asumiendo que debíamos seguirlos.

Pese a mi evidente dificultad para caminar, ninguno mostró la menor intención de asistir a este "minusválido provisional" que yo era. Estigmatizado temporal que no ostentaba su marca con orgullo, sino con discreta vergüenza.

Cuánta razón tenía Goffman al problematizar esta manifestación del interaccionismo simbólico: la codificación y decodificación de significados que construimos en sociedad.

Ascendimos por una interminable rampa. Yo avanzaba con actitud doliente; el atropellador, temeroso; los agentes, relajados. El personal médico entraba y salía cumpliendo roles específicos de forma casi automática e indolente. Una imagen parsoniana vista por Honig.

La Agencia del MP resultó ser una diminuta oficina de metro y medio por tres metros, donde se hacinaban el representante de la Ley y su amanuense. Dos escritorios y montañas de papeles, acomodados con ingenio admirable, permitían aún el paso y los movimientos mínimos en el interior.

El diálogo que siguió hubiera merecido ser inmortalizado por Ricardo Garibay en sus "Diálogos Mexicanos":

—¿Ton's qué... vas ir en la noche?

—Ps... a lo mejor... pero no sé... a ver qué sale.

—¡Quiúbole! ¿Y ora qué?

—¿Qué... 'aí está el compadre?

—'Aí está... en una diligencia.

El oficial a cargo abrió la puerta y entramos tras él. No había sillas disponibles. Todos permanecemos de pie.

—¡Quiúbole, compadre licenciado! ¿Qué haces?

—¡Quiúbole, cabs! ¿Qué traes?

—Un atropellamiento en la vía pública.

El agente me observó, luego al atropellador con sus shorts y tenis, y preguntó refiriéndose a mí:

—¿Este atropelló al otro?

—No... el otro atropelló a este.

—¡Ahhh!

Nos recorrió nuevamente con la mirada mientras se acomodaba la corbata.

—¿Va a denunciar?

—No... viene a firmar el libro. No quiere poner querella, ya me dijo.

—¿Dónde fue?

—En Avenida Universidad. El señor es doctor.

Una nueva mirada evaluadora hacia mi persona.

—Nomás terminamos esta acta y vemos el caso. ¿Tienes detenido el carro?

—Sí, pero los papeles del carro no están bien. Las placas son gringas y no hay orden de internamiento.

—¡No, ps entonces tienes que consignarlo!

—Oiga, señor, ya fueron por los papeles del carro. No hay nada que falte...

—Pero no los has mostrado, mi cuate.

—Tú no averigües. Consigna primero.

—Oiga, señor, venimos al Ministerio Público y usted no tiene por qué decirle al agente que me consigne. Lo que usted debe hacer es...

—¡Yo soy el Ministerio Público! Yo ordeno a quién se debe consignar, y tú no me vas a decir qué debo hacer.

—Disculpe, licenciado. No quiero decirle qué debe hacer, pero yo tengo todo en orden y...

—Mire, joven, trae placas de Minnesota, pero el carro es nacional y los papeles no corresponden. Así que...

—¡Tú consígnalo! Ya después que compruebe.

Intenté intervenir:

—Yo no voy a poner denuncia alguna y...

—Sí, compadre doctor, ahorita van por el libro para que firmes. Pero a este señor lo vamos a consignar por otra cosa. Tú aguanta tantito.

El oficial salió discutiendo con el atropellador sobre los papeles. Ricardo Garibay tuvo que dar por terminada su secuencia de Diálogos Mexicanos.

Yo seguía de pie. Los raspones empolvados comenzaban a arderme y un mareo discreto volvía a manifestarse. El servicio de urgencias del Hospital General, hasta entonces ajeno a los hechos, parecía destinado a participar finalmente en el drama.

Mi aspecto debió ser preocupante, pues el agente del MP me observó cuando se habían marchado los oficiales y el atropellador —a quien no volví a ver—. Condoliéndose quizás de mí, preguntó:

—¿Se siente bien?

Le confesé que no. Me dolía mucho la pierna izquierda y me estaba sintiendo mareado, tal vez por un nuevo descenso de presión arterial.

Se levantó y, parándose junto a mí, ofreció:

—¿Quiere que lo revisen los médicos del hospital? Son buenos. Lo he constatado en numerosas ocasiones.

Ante su oferta, respondí que me gustaría que me tomaran la presión y me "echaran una miradita". Inmediatamente echó a andar por el pasillo, dando por hecho que lo seguiría.

Cuando lo alcancé, estaba pidiéndole a un médico:

—Doctor, ¿podría atender a este señor? Acaba de ser atropellado, parece tener problemas de presión, y además es colega médico de otro estado. Les agradecería que le echaran un ojo.

El médico observó mi caminar dificultoso y, aparentemente interesado, preguntó:

—¿Cuál es su especialidad?

Al informarle que ninguna, pareció decepcionarse visiblemente. Elevando la voz llamó a una enfermera mientras me indicaba un consultorio:

—Entre ahí y espere.

El licenciado regresó a sus asuntos. Ingresé en un típico cubículo de urgencias: mesa de exploración con sábanas arrugadas y semi limpias, algodones y envolturas dispersos en el suelo, báscula, negatoscopio, lámpara y el inevitable escritorio con sillón y sillas apilables.

Me senté y recorrí la estancia con la mirada, respirando profundamente para normalizar mi presión arterial.

Diez minutos después entró una enfermera con la expresión de quien acaba de sufrir un descuento indebido en su quincena. Sin saludar, se

acercó con gesto desagradable y me estiró el brazo para introducirlo en el brazalete del tensiómetro.

—Buenas tardes —musité tímidamente, aventurándome a disculparme—. Perdón por quitarle el tiempo con algo tan simple.

Fiel a sus convicciones, no respondió. Me arriesgué a comentar que había visto 100 sobre 60 en el manómetro. Tampoco obtuve respuesta. Solo cuando llegó una pequeña médica interna que le preguntó las cifras, respondió hosca:

—Cien por sesenta.

Salió sin mirarme, sin responder al "gracias" que le dirigí.

La joven médica intentó disculparla:

—Ya no la escuchó, pero sus cifras son normales.

Me preguntó mi nombre para anotarlo en la hoja de consultas del día y, por supuesto, mi edad. Una vez registrados estos datos, tímidamente preguntó:

—¿Por qué está aquí?

Le expliqué que acababa de ser atropellado, le mostré mis brazos raspados y mencioné el intenso dolor en mi pierna izquierda. No supo qué anotar en "motivo de la urgencia".

El problema se resolvió con la llegada del médico que había ordenado tomar mi presión. Tras preguntar las cifras y conocerlas, indicó a la joven:

—Anota 'UNC' en el diagnóstico.

Me preguntó si ya me sentía mejor y, sin esperar respuesta, ordenó a la interna:

—Termina. Te necesitan en otro lugar.

El médico abandonó el cubículo sin decir palabra, a pesar de mi agradecimiento. Al escucharme apenas volteó ligeramente y levantó el brazo en señal de adiós.

La interna me miraba preocupada y apenada:

—Tal vez si bebiera algo se sentiría mejor.

—¿Podría regalarme un poco de agua?

Se levantó asintiendo con dudas y salió. Tras un par de minutos reapareció en la entrada:

—Lo siento, pero ni agua tenemos. En la tienda de enfrente puede encontrar lo que necesite.

Le agradecí sus atenciones y me dispuse a salir. Ella fue la única que se despidió decentemente, expresando sincero pesar y deseando que me sintiera mejor.

Pensé que era su juventud lo que le permitía mantener una actitud casi humana. Ya se encargaría la experiencia de convertirla en un estereotipo lamentable de burócrata antipática.

El *self* observaba desde su ángulo etnometodológico cómo el sistema funcionaba con la precisión de un mecanismo oxidado: cada engranaje cumplía su función, pero el conjunto producía más ruido que resultados.

Salí del hospital cargando mi pierna izquierda, sin diagnóstico, sin tratamiento, pero con una comprensión más profunda de las falencias del sistema que supuestamente debía protegerme.

La película de Almodóvar había mutado nuevamente: ahora era una tragicomedia burocrática donde el protagonista descubría que ser víctima no garantizaba ser tratado como tal.

CAPÍTULO 6

LA LEY

Mientras regresaba al pasillo del MP, reflexioné sobre las culpas de las estructuras y las funciones con rigidez mal entendida. UNC significa "Urgencia No Calificada", equivalente a considerar que mi estado no merecía mayor atención que la recibida.

Fin de la atención y del registro para la estadística personal, que luego engrosaría las estadísticas del servicio, del hospital, de la dependencia gubernamental, del sector respectivo, de la entidad federativa y del sistema nacional de salud mexicano.

Una estadística reducida a un simple "UNC", cuando yo era consciente de haber vivido uno de los episodios más lamentables de mi existencia. Ni siquiera habían lavado o curado mis raspones; estaban secos y cubiertos de polvo... casi como mi ánimo en ese momento.

Mis sentimientos eran contradictorios. Por un lado, yo hubiera deseado recibir la atención que siempre intenté implementar en los hospitales donde trabajé como directivo (sin lograrlo completamente), siguiendo el protocolo de atención para un paciente poli contundido.

Por otro lado, mi "self" agradecía a los dioses haber escapado de toda una monserga burocrático-administrativa de ESTRUCTURAL FUNCIONALISMO que podría haber sido estudiada por el mismísimo Talcott Parsons.

Regresé con el licenciado, quien amablemente sonrió al verme, preguntándome si me sentía mejor. Le respondí que necesitaba un refresco dulce pues, al no haber desayunado, posiblemente una hipoglucemia sumada al trauma estaba causando mis reacciones vagas.

Sonrió y me repitió lo mismo que la interna: enfrente había una tienda donde vendían refrescos. No me cupo duda de que allí comenzarían a resolverse mis males metabólicos; solo era cuestión de llegar.

El agente del MP me informó que debía salir para completar una diligencia, pero que en media hora regresaría con el "libro de perdones" para que lo firmara. Caminé lenta y penosamente hasta la mencionada tienda para adquirir el agua azucarada que tanto necesitaba.

Regresé a la entrada de ambulancias del Hospital para esperar al MP y pude apreciar, con ojos diferentes a los del funcionario de establecimientos sanitarios, la zarzuela sociológica de la medicina y en la medicina.

Los estratos de poder existentes dentro de la estructura se manifestaban en toda su extensión, incluso en los exteriores de la unidad, relegando a los actores principales —los pacientes— al papel de extras en la película. Quizás Kubrick debería haber dirigido su mirada al Sistema de Salud mexicano para inspirar alguna de sus obras.

Los internos tras los residentes, estos tras los adscritos. Éstos últimos tras los jefes de servicio, y a su vez los jefes tras los subdirectores, quienes se desvivirían por atender al Director, quien rendiría pleitesía al Director de Servicios de Salud, y éste informaría y cohabitaría institucionalmente con el Secretario de Salud, quien visitaría al Gobernador, y éste informaría al PUEBLO... a ese pueblo precisamente relegado en todo el proceso, y para quien finalmente DEBIERA orientarse todo el esfuerzo social.

Pero dentro del estrato de pacientes, considerado de ínfima categoría, también existían jerarquías. Por ejemplo, los pacientes veteranos que ya conocían el servicio tenían supremacía sobre los novatos.

Estos novatos, aunque exhibían su clase con vergüenza, también mostraban superioridad sobre los foráneos desconocedores del entorno social donde funcionaba la estructura hospitalaria. Y estos foráneos sentían un valor añadido cuando podían desplazarse por sí mismos, por encima de quienes necesitaban ser conducidos por otros.

Recordé al mítico Haroun-al-Raschid de las Mil y una Noches y escuché las conversaciones de los diversos tipos de pacientes. Me impresionó particularmente una muy breve que reproduzco casi literalmente, y que revela la perspectiva que los usuarios tienen de los servicios de salud ofrecidos por la representación gubernamental que ellos mismos eligieron:

—¿Y qué le dijo el doctor Lichita...?

—Pus que habían tenido una operación larga y que ya no me van a operar orita...

—¡Qué barbaridad...! ¿Y qué le dijeron entonces?

—Pus me volvieron a programar para enero... y yo que creí que ya se me iban a quitar mis dolores de vesícula... ¡psss ni modo...! ya qué le vamos a hacer.

—¿Y por qué no pone una queja con la trabajadora social...? ¡Dicen que ella luego luego se mete y arregla las cosas!

—¿De veras...? Psss a lo mejor vale la pena, ¿no?

—No... si le digo que la trabajadora social luego se lo arregla... ya luego na'más le lleva usted ahí cualquier cosa pa'corresponderle.

—Orita voy a verla... la verdá es que me duele mucho mi vesícula y casi no puedo comer nada, pus luego luego lo vomito.

—¿Oiga Lichita... y ya probó con teses...? A una comadre del rancho la iban a operar y un señor de por allá la curó con teses.

—Pus a lo mejor si no me operan para enero, mejor voy a tomar teses... onque ya lo hice y no me sirvieron... pero aquí no la atienden a una... y como no tenemos dinero pus....

—¡Eso es todo...! El dinero... viera usted como se desviven por pasarlo primero cuando llega alguien de gobierno... y eso que esos sí tienen dinero para pagar... ¡no es justo!

—No, psi a los pobres no nos queda más que aguantar... no... ¡bueno pus voy a ver qué arreglo...!

—Ande usted Lichita... ojalá que todo se arregle...

Se alejó la señora que llamaban Lichita, y la otra que le aconsejaba se dirigió entonces a una vendedora ambulante, comentándole que a esta pobre mujer ya le habían suspendido dos veces su operación, a pesar de necesitarla tanto. Llevaba aproximadamente seis meses dando vueltas para ser operada y aún nada.

¡Qué reveladora la posición de algunos pacientes!

Una mujer con cirugía diferida (*la primera causa de diferimiento quirúrgico en hospitales generales es la impuntualidad del personal médico; la segunda, la falta de suministros o tecnología no previstos; la tercera, la contaminación de las salas o prolongación de cirugías programadas*) que sufre un problema crónico de vesícula biliar (*el 90% de las colecistitis son litiásicas, con alto riesgo de complicaciones obstructivas de manejo posterior más delicado y costoso*), sin resolución en los últimos seis meses, y que no será atendida hasta enero del año siguiente (*la principal causa de agendas quirúrgicas saturadas es la escasa productividad de los cirujanos, atribuida a la carencia de insumos especializados, según los propios médicos*).

Así, probablemente el cirujano a cargo no dispuso de tiempo y optó por anotar en su agenda el espacio que le pareció conveniente (evidentemente después de las vacaciones navideñas) en enero del año siguiente, sin considerar las consecuencias de su actitud burocrática carente de solidaridad social hacia alguien con un padecimiento crónico que, de tratarse de un familiar suyo, sería resuelto inmediatamente.

Quizá nos falta pensar en los demás como si fueran nuestros familiares... o nosotros mismos. Como reza la regla de oro de todas las civilizaciones.

Bebí mi refresco azucarado y llegó el agente del MP... no media hora después, sino hora y media más tarde. Seguramente se extendió la diligencia... no porque le importara poco haber dejado esperando a un

recién atropellado que solo debía firmar en un libro de nombre romántico digno de la inquisición medieval: el "libro de perdones".

Dicho libro, por cierto, nunca estuvo fuera como me aseguraron, justificando la demora con que habían ido a buscarlo. En realidad, el amanuense jamás abandonó la oficina y el agente regresó sin nada semejante. Cuando finalmente lo pusieron ante mí para firmarlo, lo sacaron de un cajón.

El licenciado, al notar mi sonrisa irónica al ver que el libro procedía de un cajón, se apresuró a explicar que en realidad siempre había estado allí, pero que actuaban así para dar tiempo a los agraviados de reconsiderar su decisión de perdonar o presentar cargos. La explicación no me convenció, aunque pensé que podría ser una práctica habitual en esos ambientes, aplicada indiscriminadamente en mi caso.

Redacté la declaración que exculpaba al agresor y firmé el famoso "libro de perdones". Me dispuse a despedirme, no sin antes preguntar si ya podía marcharme. Ante la respuesta afirmativa, me levanté de la silla que durante dos minutos había ocupado para la firma, escuchando las últimas palabras del agente:

—¡Que te compongas compadre doctor...! Aquí estoy para servirte... ya sabes... cualquier cosa que se te ofrezca...

—Te agradezco "compadre licenciado" todas tus atenciones y ya nos veremos tal vez en el futuro.

Esta respuesta constituyó mis últimas palabras en el capítulo Hospital General y Ministerio Público de la aventura del atropello.

Salí y abordé un taxi con dificultad, lo que motivó que el conductor, ante mi evidente estado, me preguntara qué me había ocurrido.

Solo conoció superficialmente la historia, pues no me interesaba compartir mayores detalles. El resto del trayecto lo dedicó a narrarme incidentes de su vida profesional relacionados con atropellamientos, incluyendo un episodio donde él fue el responsable, concluyendo *que le hizo el favor al atropellado* de entregarle 50 pesos para cubrir la mercancía dañada, sin mencionar jamás la responsabilidad por las lesiones causadas.

Este hombre nunca había sido víctima de atropello y, por tanto, su perspectiva fue siempre la de los conductores, nunca la de los peatones. La situación me pareció perfectamente lógica.

EPÍLOGO

CONSECUENCIAS INMEDIATAS

Llegué a casa y me encontré acostado en mi cama, con un mareo similar al efecto de tres tequilas y mucho sueño. Cedí ante este mecanismo reparador y me sumergí en un sueño profundo, interrumpido solo cuando intenté cambiar de posición y el dolor me recordó mi estigma.

Las experiencias posteriores quizá correspondan a otro capítulo de análisis más orientado a la Filosofía que a la Sociología, pues transcurrieron en soledad, con movilidad limitada y gracias a la invaluable ayuda de mis amigos en aquella ciudad donde yo carecía de lugar dentro del entramado de los sistemas de salud.

Deseo concluir este relato con la referencia vívida de la presentación de mi estigma ante la comunidad de compañeros y maestros del Instituto, cumpliéndose nuevamente los postulados teóricos sobre la actuación de los grupos sociales frente al estigma.

Puesto que solo podía caminar con muletas, asistí así a la sesión semanal habitual del seminario. El análisis de la participación de cada uno en el suceso... seguramente cada quien podría escribirlo si le interesara.

Mi conclusión es una sola: Si bien ostentar estigmas no resulta agradable, hay que reconocer que existen ciertos privilegios en la sociedad actual que resultan interesantes... el uso de instalaciones para personas con discapacidad, la prioridad de paso al impedido, la mirada compasiva de muchos que ya sabían de mi previa condición normal... y la actitud general y diversa del microcosmos social. Los juicios sobre la participación social en el rescate, la atención y el aspecto legal... mejor los reservo para quienes tengan interés.

Como lo que no mata divierte... y el suceso no me mató... prefiero divertirme con la referencia y el análisis...

"En la vida, incluso un atropello puede ser una oportunidad para analizar la sociedad, la burocracia y la condición humana; lo importante es levantarse, aprender y seguir adelante con humor y crítica."

DÓNDE VAS CORAZÓN...?

CAPÍTULO 1

EL COMIENZO

Los dolores del parto comenzaron un par de horas antes, y la medianoche del 10 de julio de 1952 se acercaba. Josefa supo que el momento estaba próximo y, con la urgencia propia de la experiencia, le dijo a Alfonso que debían dirigirse de inmediato al sanatorio para evitar contratiempos.

Sobresaltado, Alfonso despertó y, sin perder tiempo, comenzó a vestirse mientras Josefa hacía lo mismo. Una vez listos, él avisó a su madre, doña Elvira, que salían hacia la maternidad, pues el nacimiento de su tercer hijo era inminente.

Descendieron por la calle Insurgentes, donde vivían, hasta Zamora, donde se encontraba la maternidad donde debería atenderse Josefa. Como no tenían teléfono en casa, aguardaron hasta llegar para llamar al doctor

Solón Sanginés y Villalba, el médico de la familia, quien debía traer al mundo a su nuevo hijo.

Alfonso, con fervorosa esperanza, rogaba al cielo para que el nuevo vástago que esperaban fuera una niña, pues ya tenían dos varones y siempre había manifestado su deseo de tener una hija.

Sin embargo, desde un mes antes, el doctor les había advertido que el embarazo presentaba complicaciones. El feto estaba en una posición inadecuada para el parto: venía de pies y con tendencia a colocarse transversalmente dentro del útero de Josefa.

Esta noticia los había inquietado profundamente, pues en aquella época los avances médicos aún no permitían albergar demasiadas esperanzas en casos así.

A pesar de varios intentos de rotación mediante maniobras externas, la posición del feto seguía siendo la misma. La angustia crecía en la pareja y se intensificó aún más cuando, ya en la maternidad y acostada en una camilla, Josefa comenzó a sentir contracciones más fuertes, señal inequívoca de que el parto era inminente. El doctor aún no había llegado.

Preso del nerviosismo, Alfonso corrió hasta el callejón de Carrillo Puerto, donde vivía el médico, suplicándole que se apresurara, pues el niño estaba a punto de nacer. Mientras tanto, Josefa, sin poder contenerse, empezó a pujar en la camilla, asistida solo por una auxiliar de enfermería que estaba de guardia en aquella solitaria madrugada del 11 de julio.

Cuando Alfonso y el doctor llegaron al sanatorio, los recibió la voz apremiante de la enfermera:

—¡Apúrese, doctor, que ya está naciendo! ¡Tiene toda la cabeza fuera...!

Y así era. En el trayecto hacia la maternidad, el pequeño había girado espontáneamente dentro del útero de Josefa, colocándose en la ansiada posición cefálica que permitiría un nacimiento sin complicaciones. En aquel instante milagroso, sin más asistencia que la divina, la vida se abrió paso con naturalidad, como si la providencia misma hubiese tomado la decisión final.

Cuando el doctor llegó junto a la camilla en la que Josefa pujaba con todas sus fuerzas, el niño ya estaba saliendo completamente del útero, lanzando su primer grito en este mundo. Un grito de triunfo, que parecía anunciar que ese niño sería siempre un luchador incansable. Y solo después de ese grito se oyó la voz de la enfermera, exclamando con asombro:

—¡Es un varón... es un varoncito...!

El médico terminó de asistir a Josefa, y pronto madre e hijo estaban en una cama, aseados y felices, agradecidos por haber sobrevivido a tan arduo momento, con la ayuda del supremo hacedor del Universo. En ese instante, Alfonso tomó una decisión: el niño llevaría el nombre de Salvador, pues había salvado a su madre y, al mismo tiempo, se había salvado a sí mismo.

50 AÑOS DESPUÉS

“...se trata de un varón de 51 años que se presenta al servicio de urgencias por su propio pie con síntomas de dolor retroesternal, mareo y refiriendo haber tenido un síncope cardíaco hace menos de una hora...”

Así comenzaba la nota de la médica interna de pregrado del Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón" el 27 de julio de 2003, al recibir a ese hombre nacido 50 años antes, apenas a unas cuadras de aquel histórico recinto humanitario.

El equipo de urgencias había sido notificado de la llegada de Salvador, con datos de un probable infarto agudo al miocardio. Procedieron a colocar al paciente en una camilla para realizar los estudios pertinentes.

Aparentemente, los datos eran compatibles con un infarto que requería de inmediato trombolización con estreptoquinasa, considerando que habían pasado apenas dos horas desde que se instaló el dolor retroesternal y menos de una hora desde el síncope.

El equipo trabajó con destreza y rapidez, y pronto el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos. Allí, se le colocó un catéter central por donde se administraba el medicamento trombolítico, además de un equipo de monitoreo cardíaco y unas puntas de oxígeno en la nariz, completando el protocolo de tratamiento para un infarto. También le habían administrado analgésicos y sedantes.

Al parecer, el paciente —que no era otro que Salvador, aquel niño nacido 50 años antes en la maternidad— no moriría a causa de ese infarto agudo, gracias a que se había realizado todo con la mayor oportunidad.

“Infarto agudo al miocardio...”

CAPÍTULO 2

LOS HECHOS PRELIMINARES

Con los ojos cerrados, Salvador, que no era otro sino YO MISMO, recordaba que, tres días antes, cuando estuve en Cuernavaca, había sentido unas punzadillas en el pecho, que provocaban una sensación de aire en el estómago y la aparente calma al expulsarlo con un eructo. Al principio, pensé que podría tratarse de problemas gástricos, causados por el exceso de grasas en su dieta.

Las molestias eran como si alguien me pusiera una gran mano abierta sobre el pecho y presionara con fuerza discreta pero constante. Era como si algo ardiera un poco por dentro, incitándome a eructar. Eran sensaciones de franca molestia, sin llegar a ser angustiosas.

Aún no pensaba que pudiera ser un infarto. Incluso pensé que, si lo fuera, “yo lo sabría...” Así que me dije a sí mismo: “No te preocupes, lo más probable es que sea una gastritis...” y quise seguir con mi vida normal... bueno, todo lo normal que puede ser la vida de alguien tan loco como para

estar haciendo un doctorado a los cincuenta años y tras haber sido atropellado por una camioneta al inicio de la aventura.

El día en que mi directora de tesis me informó que no podría seguir apoyando mi trabajo por motivos personales, ya había decidido regresar a Xalapa. Después de agradecerle por su paciencia durante casi un año, recogí mis cosas para echarlas en el automóvil y disponerme al retorno.

Sin embargo, decidí quedarme hasta el día siguiente para “haraganear” el resto del día. Al día siguiente, al levantarme, volví a experimentar esa misma sensación opresiva, aunque de forma mucho más discreta. Como no había cenado la noche anterior, pensé que probablemente se debía a la falta de alimento, así que decidí que comería un taco de barbacoa en Atlixco, que ya había probado un par de veces antes.

Tomé el camino hacia Tepoztlán, pasé tranquilamente por Cuautla y seguí rumbo a Puebla. Ya en Atlixco, me bajé como había planeado, para disfrutar de un delicioso taco de barbacoa de hoyo y tomar un café. Cuando pasé por la ciudad de Puebla, ya eran las 2 de la tarde y comencé a sentir que mi proceso digestivo no iba bien.

Mi estómago estaba pesado, e incluso sentía una ligera sensación de náusea.

En Acatzingo, camino a Xalapa, las molestias se acentuaron y la presión en el pecho volvió, esta vez con un poco más de intensidad. Me empecé a inquietar y a preguntarme, con timidez: “Tal vez... solo remotamente... pero tal vez... ¿me estará pasando algo más serio... como... un infarto agudo al miocardio?”

Después de eructar varias veces y sentir algo de alivio, recobré la confianza y el optimismo. Casi deseché la idea de un infarto y me incliné hacia la hipótesis de un problema digestivo debido a la barbacoa que, tal vez, no estaba tan buena y me había caído pesada. Me prometí no volver a comer barbacoa en ese lugar. Mientras pensaba en todo esto, me percaté de que estaba entrando a mi amado estado de Veracruz, pues el letrero claramente decía: “Termina Puebla. Principia Veracruz.” Eso significaba que solo faltaban unos 70 km para llegar a Xalapa y al descanso después de una semana intensa, estresante, llena de emociones y con noticias desafortunadas.

Comencé a sentir ganas de orinar y decidí detenerme en Perote, en la terminal del ADO, para hacerlo. También aprovecharía para estirar un poco las piernas. Cuando estacioné el coche cerca de la terminal de autobuses, la molestia en el pecho se había intensificado, las náuseas eran más fuertes y las ganas de orinar se habían vuelto urgentes.

Me apresuré a llegar a los sanitarios de la terminal. Al entrar, percibí que había mucha gente, por lo que me apresuré a usar un mingitorio que recién se había desocupado.

Tal vez no sería tan detallista si no hubiera sucedido justo en esos momentos, cuando comencé a orinar, que la conciencia me abandonó y sentí que me sumía en un hueco profundo... La pantalla visual se cerró.

Cuando la pantalla volvió a encenderse, me encontraba siendo levantado por un par de personas que me tomaban debajo de los brazos, al tiempo que me preguntaban:

— ¡¿Qué pasó, cuate...? ¿te sientes bien?!...

Como si estuviera soñando, me escuché darles las gracias y preguntarles qué había sucedido. La respuesta fue brutal para mis oídos:

— ¡Te caíste, cuate... y aunque te alcanzamos a agarrar, pos de todos modos... diste el azotón!

Me di cuenta de que me había orinado en los pantalones... También me di cuenta de que me había desmayado y que me sentía muy mareado, y consciente que la sensación opresiva en el pecho seguía.

Ya estaba totalmente levantado, limpiando automáticamente mis pantalones con papel, mientras agradecía nuevamente a las personas que me habían ayudado —a quienes jamás vi la cara— y hacía un rápido juicio sobre la situación.

Por cierto, lo primero que se me ocurrió fue irme de allí cuanto antes, pues sentía una gran vergüenza por la escena en la que había sido protagonista. Me recordó un poco a cuando, unos meses antes, me atropellaron y tuve que ser asistido por otras personas.

CAPÍTULO 3

LA INCERTIDUMBRE

Salí caminando con la rapidez que pude de los sanitarios del ADO y recorrí el trecho hasta mi auto, como en un sueño, haciendo varias conjeturas con poca claridad de pensamiento. Al subirme al vehículo y cerrar la puerta, me di cuenta de que estaba sudando profusamente, y al mirarme en el espejo retrovisor noté una extrema palidez —mayor que la usual en mí.

Respiré profundamente, pero fracasé al intentar sentir el pulso radial de una de mis muñecas. Me toqué inmediatamente la carótida y pude percibir apenas unos latidos muy lentos. Volví a respirar profundamente y, luego de repasar todos los síntomas, signos y acontecimientos, a pesar de mi mente confusa y aturdida... caí en la cruel realidad: ¡Estaba sufriendo un infarto!

Debieron pasar solo un par de minutos, pues el análisis de la situación me proporcionó todos los datos necesarios para tomar decisiones. Ese “yo” conocido me encaró para informarme:

— Eres un individuo que está en problemas. Al parecer, te acaba de dar un síncope cardíaco, probablemente debido a un infarto en evolución. Si pudiste despertar y el dolor no es tan intenso, debe estar instalándose la

obstrucción coronaria, y tal vez no sea aún total, porque si lo fuera, ya te habrías muerto... igual que le pasó a tu hermano Alberto.

— ¿Te acuerdas de que también a tu otro hermano, José Luis, le pasó algo similar? Aunque él no se murió... Pues la otra noticia es que eres el tercero de tres que se infartan: uno murió y el otro sobrevivió... ¿qué te pasará a ti? Si no te apuras de inmediato, no habrá chance de que el trombolítico haga efecto. Recuerda que debe administrarse lo antes posible, porque después de 4 horas, ya no serviría casi para nada.

— El hospital de Perote no tiene los recursos para atenderte, y mucho menos en fin de semana. Tampoco será fácil que la ambulancia esté disponible para trasladarte a Xalapa, porque a veces ni gasolina tienen... o no hay chofer... o salió en otro traslado y es la única. Si te arriesgas a buscar atención allí, perderás tal vez la oportunidad que te es tan valiosa.

— Por otra parte, eres un individuo que evidentemente no está en las mejores condiciones para manejar, y mucho menos en una carretera tan transitada y sinuosa como la de Perote-Xalapa, aunque la conozcas muy bien. Por supuesto, si te concentras y manejas con cuidado pero rápido, estarás en Xalapa en 45 minutos.

— Si además de esto tomas tu celular y avisas al hospital que vas para allá con esta bronca, estarás ganando tiempo, pues harán que te esperen con todo listo. Puedes avisarle a tu amigo el “Peras” y que él se encargue. Te va a regañar, pero responderá de inmediato... de eso puedes estar seguro. ¡Pero apúrate, que no tengo tu tiempo!

Le hice caso a mi “yo” y encendí el auto y me dispuse a recorrer los 50 kilómetros en el menor tiempo posible. Tomé el teléfono y marqué un par de veces hasta que me respondió la conocida voz de uno de mis mejores amigos... el “Peras”.

Le avisé de qué se trataba, dónde estaba, qué había decidido y, por supuesto, que necesitaba que hiciera algo por mí. Me preguntó a qué hospital quería que avisara, y cuando le dije que al mío, solo me pidió que manejara con cuidado y que él se encargaría de todo... Es curioso, pero... ¡le creí! Y eso me dio más fuerza.

Le pedí a Dios que me ayudara a llegar... y me concentré en recorrer la distancia que me separaba de la atención que me darían mis amigos y de esa dosis salvadora de trombolítico. Ese hospital al que iba lo había dirigido unos años antes y había dejado en él muchos amigos entrañables.

Es curioso recordar que, mientras manejaba por las curvas y rebasaba vehículos para llegar antes que ellos, no dejaba de pedirle a Dios que, en caso de que su decisión fuera que ya me tocaba irme, me permitiera cumplir con algunos detalles pendientes que había descuidado. No cabe duda de que trasladar la responsabilidad del azar a “alguien” confiere una fortaleza y una razón suficientemente importante como para seguir viviendo.

Casi llegaba a Xalapa cuando me llamó mi amigo el “Peras” para preguntarme cómo me sentía y cómo iba. Agradecí, por supuesto, la lista de supervivencia que me acababan de hacer pasar y anuncié que, si todo seguía bien, en 10 minutos estaría en el hospital.

Llegué a la ciudad y me dirigí al recinto donde pasé casi tres años de mi vida. No pude evitar sonreír al darme cuenta de que iba a utilizar la tecnología que me había costado tanto trabajo conseguir para el hospital cuando estuvo a mi cargo. Ahora yo sería un beneficiario directo de esos esfuerzos de crecimiento y desarrollo.

Dejé mi auto en el estacionamiento y me dirigí al servicio de Urgencias, donde, al traspasar la puerta, ya me esperaban con una camilla y con el equipo humano y tecnológico para atenderme.

Al recostarme en la camilla y comenzar a responder las primeras preguntas, cerré los ojos para agradecer a los cielos haber podido llegar hasta allí y me di cuenta de la presencia de mis amigos. Eran esos amigos que tenían caras de preocupación, pero que sabían sonreír para infundir ánimos. Solo me indicaban que descansara y que ellos se encargarían de todo... ¡Y les creí!

Le pedí al “Peras” que avisara a mi familia, aunque no dejé de recomendarle que no exagerara la noticia, ya que venían de viaje también y no quería que se sometieran a una presión adicional. Mi hijo manejaba el auto y debía hacerlo con la tranquilidad de la ignorancia.

Estaba en la sala de urgencias del hospital, acostado en una de las modernas camillas que el gobernador del estado había autorizado que se dotaran a la unidad, como resultado de una de las tres visitas que me hizo el honor de realizar cuando fui Director de este hospital.

Con los ojos entrecerrados, sentí, más que vi, cómo me colocaban un catéter largo en la vena cefálica del brazo izquierdo, para instalar hasta la aurícula izquierda un sistema de medición de presión venosa central. También sentí y vi cómo tomaban muestras de sangre del otro brazo para realizar determinaciones de laboratorio, principalmente enzimas cardíacas.

Inmediatamente después, fueron colocados en mis muñecas y tobillos los electrodos para hacer un trazo electrocardiográfico, complementado con otros seis cables en mi pecho para medir las variables derivadas. Después de obtener el trazo, escuché cómo murmuraban en el pasillo los "señores doctores" en quienes estaba depositando mi confianza, entregando en sus manos mis decisiones más fundamentales. Estaba entrando en el terreno de la indefensión ante las acciones y repercusiones de la atención médica de alta tecnología.

A pesar de que el “Peras” me dijo tímidamente que al parecer había un “pequeño desnivel” en el trazo electrocardiográfico, la conclusión para mí ya era obvia: inicio de dolor anginoso, síncope de una hora de evolución con sensación de mareo residual, dolor precordial tipo opresivo y desnivel

en el segmento S-T en el EKG... pero estaba vivo. ¡Y eso me hizo suponer que tal vez era un infarto antero-septal por obstrucción parcial de la coronaria izquierda o bien semi-total de la descendente! El tratamiento trombolítico debía ser administrado de inmediato.

Se acercó el responsable de turno del servicio de urgencias, al que conocía desde que era residente de medicina interna en el Centro de Especialidades Médicas, donde yo había sido Subdirector Médico. Me indicó que me aplicarían la trombolisis y que me subirían a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Ya instalado en la UCI, no sabía que estaba a punto de iniciar una de las investigaciones de campo más maravillosas y completas en mi historia personal. En forma obligada, me vi en la situación de hacer un estudio observacional “de sombra” sobre el funcionamiento de un hospital de 130 camas... MI querido, pujante y modernizado hospital regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón”.

CAPÍTULO 4

LA VIVENCIA

Al haber sido Director de la unidad, creí conocerla casi mejor que nadie. Pero nadie conoce un hospital hasta que cruza el espejo y vive en la otra dimensión... esa que vemos cotidianamente, que creemos percibir de manera muy sensible, pero que nos enfrenta con el sufrimiento, el dolor y la muerte, y que desconocemos profundamente. Esa dimensión que nos ubica en plena interacción con nuestras propias obras... la de paciente.

Las visitas estaban prohibidas por orden médica en la UCI... y tuve más de 40 visitas. Por supuesto, TODAS sin excepción, fueron realizadas subrepticamente por mis amigos y compañeros, que querían asegurarse de que su amigo aún estaba vivo, y cada uno pensaba que UNA VISITA RÁPIDA DE LOS CUATES no le hace mal a nadie.

No es fácil descansar en una UCI tan reducida de tamaño, que obliga a la interacción entre los distintos pacientes graves que necesitan atención de ese tipo. Lejos de significar un beneficio, esto representa, para un paciente cardíopata que ha sufrido un infarto agudo al miocardio, un estrés adicional al que ya supone el trauma referido.

No se duerme fácilmente, ya que se está literalmente crucificado. Tenía un catéter en el brazo izquierdo, por el que pasaba lentamente la solución con glucosa y que llegaba hasta la aurícula derecha, como ya se mencionó, para medir la Presión Venosa Central, entre otros parámetros vitales. El otro brazo estaba inmovilizado con un brazalete para medir la presión arterial y un broche en el dedo que medía la saturación de oxígeno. En el pecho, los consabidos parches con los electrodos para el monitoreo cardíaco y, bajo el brazo, el sensor para la temperatura.

Si alguien ha conseguido dormir plácidamente con esta gran maraña de cables emergiendo del cuerpo y haciendo que parezca que la vida está suspendida de un enchufe, definitivamente es porque ha sido drogado, pues en condiciones normales resulta prácticamente imposible.

Los roles de prestador de servicios y de paciente son diametralmente opuestos, pero complementarios, pues ambos componen el fenómeno de la atención de la salud, el meollo de la existencia de los sistemas de salud. Pero esto será tema de otro ensayo... este debe continuar por el rumbo previsto.

Me dieron de alta de la UCI al día siguiente y me ubicaron en un cubículo de dos camas, haciéndome el favor de no asignar la otra a nadie, para que pudiera estar solo con un familiar. De hecho, tuvieron la deferencia conmigo de habilitarme un espacio privado en una infraestructura pública. Los beneficios del linaje, sin lugar a dudas.

Colocaron un gran letrero que instruía a todos, SIN EXCEPCIÓN, sobre la prohibición de efectuar visitas al paciente en esa cama. Luego de esa amenazante leyenda, las visitas se redujeron a unas 30 por día. Me fueron a ver mis amigos, mis compañeros, mis alumnos, mis maestros, mis jefes, mis subordinados, curiosos, compadecidos, morbosos y hasta uno sádico que fue a constatar que, en efecto, estaba sufriendo.

Uno se vuelve un ducho “contador” de la historia cuando se la preguntan las primeras veinte veces. Después, podemos graduarnos de peritos cuando la hemos contado cien veces, pero cuando llegamos al bicentenario, estamos más allá del bien y del mal, y solo damos una versión completamente periodística, que compartimos de mala gana cuando por enésima vez nos preguntan: ¿y cómo fue que sucedió?

Debía pasar una semana para que pudieran hacerme otros estudios invasivos con el fin de determinar la magnitud del daño y obtener la información indispensable para un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico.

La recuperación incluyó decisiones inmediatas. Se debía realizar esa coronariografía con propósitos diagnósticos, en principio, e intervencionistas si fuera necesario, para realizar una angioplastia o colocar un stent. Esto tenía que hacerse en una sala de hemodinamia que solo existía en Xalapa, en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, donde, me atrevo a insistir, trabajé durante cinco años.

Fue curioso para mí recordar que, precisamente diez años antes, siendo Director General de Asistencia Pública del Estado, me había tocado negociar con la Secretaría de Salud y con la Secretaría de Desarrollo Social el primer concepto presupuestal para la Unidad de Hemodinamia del Centro de Especialidades Médicas. Esto me lo solicitó expresamente el Dr. Lorenzo Blanco Pérez, quien en ese entonces era Director General del CEMEV, como se conoce coloquialmente a esa unidad hospitalaria, que vi nacer en 1989. Fue allí donde fui el segundo trabajador contratado,

después del primer Director, el Dr. Leonardo Katz Berkovitz, quien fue mi maestro de obstetricia durante mi carrera de médico cirujano.

En pocas palabras, me vería beneficiado por una unidad a la que había contribuido a dar vida, desde mi función gestora de recursos, con los cuales se inició el ambicioso proyecto que ahora es toda una realidad en la ciudad, en el estado y en el sureste del país. Yo estaba orgulloso de mi hospital y también de la visión que tuvimos en aquel tiempo para vislumbrar el futuro prometedor... ahora, una realidad fecunda.

Fui llevado en una ambulancia y sentí una particular emoción al ingresar a ese "Mi otro hospital", pero ahora acostado en una camilla. Yo estaba enfermo. Mis viejos conocidos se acercaban a mí con la pretendida intención de hacerme saber su solidaridad y apoyo. Tenía ganas de que no me vieran, así que preferí cerrar los ojos durante el trayecto para no tener que ver a nadie más.

Entramos en el frío recinto de la Unidad de Hemodinamia y pasé de la camilla a la mesa de trabajo. Conozco el entorno... conozco la rutina... conozco los hábitos... conozco las costumbres... la música... los chistes... las bromas... las anécdotas... todo... todo... pero no sabía qué se siente ser un paciente. Ahora lo sabría, ¡claro que lo sabría!

El ritual de las abluciones y los conjuros de médicos y enfermeras concluyó, y Jorge Hakim, mi amigo entrañable y cardiólogo de cabecera, me comunicó que procederían a efectuar la punción para colocar el mandril que permitiría insertar el catéter por la arteria femoral derecha hasta llegar al corazón. Tendría que estar despierto para colaborar, tosiendo cuando me lo pidieran o reteniendo el aire para visualizar mejor las imágenes en el fluoroscopio.

El procedimiento fue todo lo molesto que puede resultar que te estén insertando tubos y guías en las arterias hasta lo más recóndito de nuestra esencia... la imagen misma del alma... el corazón. De hecho, es un procedimiento que duele más que el propio infarto y, por lo mismo, te están inyectando varias cosas: anticoagulantes, medio de contraste para las imágenes radiológicas y dilatadores coronarios para el dolor anginoso.

Resultó que tenía tapada totalmente la coronaria derecha, pero la obstrucción había sido crónica y se había compensado con una red colateral suficiente, que se alimentaba bien con la circulación de la circunfleja y la que ocurría por la coronaria izquierda y la descendente anterior hasta el ápex del corazón. Sin embargo, en forma aguda, se obstruyó hacia una semana, cuando ocurrió el infarto. Era la arteria coronaria izquierda, cerca de la bifurcación de la descendente anterior, la que se había obstruido en un 90%, y ameritó la colocación de una malla de Stent de 2 cm de longitud, con medicación anticitogénica para evitar la re obstrucción intravascular.

Salí de este procedimiento sin la necesidad inmediata de realizar una cirugía de corazón para un puenteo con la mamaria interna en la porción

distal de la coronaria izquierda, o bien para un homoinjerto con safena para recanalización de flujos coronarios en un doble puenteo en la coronaria derecha y la circunfleja.

Salí vivo, en todo caso, y con buen pronóstico de función.

Lo físico... terminaba.

Lo emocional y lo racional... apenas comenzaban...

CAPÍTULO 5

LAS REFLEXIONES

Alguien se ha preguntado alguna vez, ¿qué pasa por la mente de una persona que sabe que estuvo a punto de morir?

Yo puedo decir lo que siente una persona que estuvo muy cerca de la muerte...

Puedo decir que mi mente atravesó una serie de procesos complejos que fueron desde mis creencias, el tenor de mi personalidad y el contexto en el que se produjo el evento que casi terminó con mi vida.

Pude reflexionar *sobre mi vida*, pues la cercanía con la muerte generó en mí una profunda reflexión sobre la vida misma. Dicen que las personas que están en esa situación, suelen revisar los momentos clave de su existencia, las decisiones que tomaron, lo que lograron y lo que dejaron pendiente.

Yo lo hice también...tal como dicen... y creo que llegue a tener la sensación de arrepentimiento por lo que no pude vivir... y en algún caso por lo que tuve que vivir... pero en general tuve una sensación de paz por haber vivido de acuerdo con mis valores y principios... Es cierto, como dicen, que hube de revisar el sentido y propósito de mi vida...

No fui de los que experimentaron sentimientos de desconexión con la realidad cotidiana. No tuve miedo a lo desconocido y por ello nunca sentí que mi vida estuviera fuera de control, pero sí noté que surgían en mí sentimientos de conexión profunda con los demás, especialmente con mis seres queridos, como si los lazos afectivos fueran lo único que perduraran más allá de la muerte.

Sin embargo, la cercanía de la muerte hizo que mis prioridades cambiaran radicalmente. Las cosas materiales, las preocupaciones cotidianas o las disputas menores perdieron importancia, y en su lugar, surgieron pensamientos sobre el amor, la familia, la conexión emocional, la paz interior y el perdón. Las relaciones y la reconciliación suelen cobrar una nueva dimensión.

Yo pude experimentar claramente lo que se describe como un fenómeno de "despersonalización", en el que sentí que estaba observando la situación desde fuera de mi propio cuerpo, como si fuera una entidad separada de mi yo físico... ¡vaya! ...mi "self", y aunque esto pudo ser una

respuesta psicológica ante el trauma o el miedo irracional de morir, creo que solo surgió como un mecanismo de defensa más.

Siempre quise encontrar un significado más profundo de esa experiencia, no a través de la religión, pero si a través de la espiritualidad y la introspección filosófica. Creo que la cercanía a la muerte me llevó a una búsqueda de consuelo en creencias sobre el más allá, el propósito de la vida o el legado que debo dejar... Llegando a tener una sensación de liberación emocional, como si me quitaran un peso del alma...tal vez porque todo el fenómeno me llevó a una liberación de miedos, culpas o preocupaciones acumuladas durante mi vida.

Al salir de una experiencia tan cercana a la muerte, llegué a desarrollar una nueva perspectiva sobre la vida y la muerte, llegando a tener una sensación de agradecimiento por el tiempo restante, un mayor deseo de aprovechar el presente y una menor preocupación por el futuro, sabiendo que la vida es frágil y que lo único seguro es el ahora.

En todo caso, lo que ocurrió en mi mente fue una mezcla de emociones, pensamientos, miedo, aceptación y transformación. La experiencia, aunque dolorosa y aterradora, dejó una huella profunda que cambió la manera en que percibo la vida y el mundo en general.

Puedo decir que viví en carne propia lo que significa caminar sobre el filo de la incertidumbre, con la sombra de la muerte proyectándose sobre cada día, cada decisión, cada latido. Después de mi infarto y la colocación de los stents, inicié un período de mi vida que fue, al mismo tiempo, una batalla y una revelación. Cuatro años y medio transcurrieron con la constante compañía de la conciencia de mi fragilidad, un recordatorio ineludible de que mi corazón ya no era el mismo, de que cada esfuerzo, cada jornada laboral, cada noche de estudio para completar mi doctorado, podía ser el último.

Durante ese tiempo, mi mente recorrió caminos que nunca había explorado con tanta profundidad. No se trató solo de temer una recaída o de seguir las indicaciones médicas con disciplina; fue un proceso más íntimo, más profundo, donde revisé los pilares sobre los que había construido mi vida.

Descubrí que el miedo a la muerte, ese que a veces paraliza a otros, en mi caso se transformó en una extraña claridad, una agudización de mi percepción sobre lo que realmente importa.

No fui ajeno a la reflexión sobre lo vivido y lo no vivido. En algunos momentos, sentí pesar por aquello que quedó pendiente, por los sacrificios hechos en nombre de mis responsabilidades, por los tiempos que no regresan. Pero, en medio de esa revisión de mi historia, encontré también la paz de haber caminado con fidelidad a mis principios. La certeza de que, a pesar de los errores y tropiezos, mi vida había tenido sentido.

Seguí trabajando en la SSA, inmerso en un mundo donde la vida y la muerte conviven a diario, donde las estadísticas son frías, pero cada paciente es una historia única. Tal vez, en algún punto, mi propia experiencia me hizo ver con otros ojos lo que significaba estar al otro lado, no como profesional de la salud, sino como alguien que conoce la vulnerabilidad desde dentro.

Mientras tanto, mi doctorado en sistemas de salud avanzaba. Era una meta que no podía abandonar, no solo por mí, sino porque representaba un propósito mayor. Me aferré a él como a un faro en la tormenta, convencido de que cada conocimiento adquirido, cada esfuerzo, eran parte de un legado que debía dejar.

CAPÍTULO 6

LA EVOLUCIÓN

Pero el cuerpo tiene sus propios tiempos, sus propios límites. La opresión en el pecho volvió, como un eco lejano de aquel primer infarto. Sabía que no podía ignorarlo. Una prueba de esfuerzo con talio confirmó lo que en el fondo ya sospechaba: mis stents estaban re ocluyéndose. El camino era claro, pero no por ello menos difícil. La decisión de someterme a una cirugía a corazón abierto fue un punto de inflexión, un momento donde la vulnerabilidad y la determinación se encontraron cara a cara.

En ese instante, sentí con más fuerza que nunca que la vida es un equilibrio frágil. Que las cosas materiales, las preocupaciones triviales y las discusiones sin sentido se desvanecen cuando el horizonte se estrecha. Lo que permanece es el amor, la conexión con los otros, la huella que dejamos en quienes nos rodean.

No sé si llamarlo transformación, pero sí puedo decir que después de ese período, algo en mí cambió para siempre. La muerte dejó de ser una posibilidad lejana para convertirse en una presencia silenciosa, no como una amenaza, sino como un recordatorio de la urgencia de vivir plenamente. De abrazar cada día con gratitud, de seguir adelante con la certeza de que lo único seguro es el ahora.

Los días previos a la cirugía de recanalización coronaria fueron una prueba de resistencia, no solo para mi cuerpo, sino para mi espíritu. Sabía que me enfrentaba a una intervención de alto riesgo, donde la posibilidad de no despertar del quirófano era real. El miedo a la muerte se presentó en su forma más tangible, obligándome a mirar de frente lo que podría ser mi despedida. Fue entonces cuando decidí escribir cartas para cada uno de mis seres queridos. Mi esposa, mis hijos, incluso algunos amigos cercanos, todos recibieron de mi puño y letra palabras de amor, gratitud y un último encargo: cuidar de mi familia si yo no regresaba. Cada palabra fue elegida con un peso inusual, como si cada frase pudiera ser la última que ellos leerían de mí.

Sin embargo, el miedo no me paralizó. Lo enfrenté con frialdad y profesionalismo, convencido de que cada detalle debía ser calculado para darme la mejor oportunidad de sobrevivir. Comprendía que la medicina es, en parte, un juego de probabilidades, y que reducir cualquier margen de error era crucial. La red de amigos y colegas en la institución fue fundamental. Sabían que el éxito de la operación dependía de la pericia del cirujano que me interviniera, y con determinación movieron influencias para lograr lo imposible: persuadir al gobernante en turno para traer a un cirujano cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología, un experto en la técnica de recanalización con el corazón latiendo, evitando así el uso de la circulación extracorpórea, práctica estándar hasta ese momento.

El proceso de selección del equipo quirúrgico fue casi tan meticuloso como si yo mismo estuviera planeando una estrategia de batalla. No quería dejar nada al azar. La cirugía, aunque basada en principios científicos, tiene un componente humano que no se puede subestimar: la precisión de las manos que intervienen, la sinergia del equipo, la claridad de las decisiones en tiempo real. Saber que en mi mesa de operaciones estarían tres cirujanos cardiovasculares, incluyendo aquel especialista traído desde la Ciudad de México, me proporcionó una mezcla de alivio y tensión. Había asegurado las mejores condiciones posibles, pero aún quedaba la incertidumbre de lo que vendría después.

La noche previa a la cirugía fue un ejercicio de introspección profunda. Me encontré oscilando entre el miedo a no despertar y la determinación de seguir adelante. Reflexioné sobre la fragilidad de la existencia humana, sobre cómo en un instante todo puede cambiar. Pensé en mi esposa y mis hijos, en cómo sería su vida si yo no regresaba. Me pregunté si había vivido de acuerdo con mis principios, si había dejado un legado significativo en mi familia y en mi trabajo. ¿Era suficiente lo que había hecho? ¿Había algo más que debía decir, algo más que debía hacer? La conciencia de la muerte inminente otorga una perspectiva que pocos llegan a experimentar sin atravesar una crisis de este tipo.

Mi mente también vagó hacia lo filosófico. La ciencia médica, que tanto me apasionaba, estaba ahora sosteniendo mi destino entre sus manos. Era fascinante y aterrador a la vez. Me pregunté si, en el futuro, la tecnología médica llegaría a un punto en el que las enfermedades cardiovasculares dejarían de ser una amenaza, si los avances en regeneración tisular o inteligencia artificial podrían un día hacer innecesarias estas cirugías invasivas. Pero la realidad era que yo no era un sujeto de especulación futurista, sino un paciente a punto de ser intervenido con las mejores técnicas disponibles en mi tiempo y espacio.

Cuando finalmente me acosté en la cama del hospital, con las luces atenuadas y el sonido lejano del monitoreo cardíaco, me di cuenta de que la vida, en su esencia, es un constante equilibrio entre la certeza y lo incierto. Había hecho todo lo posible por asegurarme la mejor atención, pero en el fondo sabía que una parte de mi suerte estaba fuera de mis

manos. Cerré los ojos, respiré profundo y acepté, con la serenidad que pude reunir, que al amanecer mi vida estaría en manos de otros. Y aunque el miedo seguía presente, lo enfrenté con la única arma que tenía: la esperanza de un nuevo amanecer.

Y ese amanecer llegó. No solo sobreviví a la cirugía, sino que emergí de ella con una renovada fuerza física y espiritual. Las arterias recanalizadas dieron paso a una circulación óptima, con una fracción de expulsión excelente y constantes vitales que sorprendieron a más de uno. No era solo un cuerpo reparado, era una vida renacida. A partir de ese momento, comencé a vivir con una consciencia diferente. No fui imprudente, cuidé mi salud con la disciplina que mi condición requería, pero tampoco me encadené al miedo. Me entregué a la vida con una libertad nueva, como si hubiese recibido un segundo tiempo, una prórroga invaluable.

EPÍLOGO

A LA DISTANCIA

Pasaron los años, y la promesa de aquel renacer se cumplió con creces. Dieciocho años después, con 72 de vida, puedo decir con serenidad y orgullo que sigo en buenas condiciones físicas, disfrutando de cada día como un regalo, y ciertamente no todos los días fueron luminosos ya que tuve desavenencias familiares, tensiones laborales, momentos de tristeza e incompreensión, como los hay en toda vida. Pero cada una de esas pruebas fue una oportunidad para renacer una vez más, como el ave fénix que resurge de sus propias cenizas, más sabio, más fuerte, más en paz.

Volví a mirar hacia atrás y sentí una gratitud profunda, casi reverencial, por mi naturaleza fuerte, por las decisiones acertadas que tomé, y por las personas que me acompañaron en aquel tránsito delicado entre la vida y la muerte. La chispa de la vida no se apagó en aquella sala de operaciones; al contrario, se avivó como nunca. Desde entonces, vivo con la consciencia del milagro cotidiano, con la dicha de abrazar a los míos, de seguir contribuyendo, de seguir aprendiendo. Y sobre todo, con la certeza de que mientras la vida palpita, siempre hay algo nuevo por lo cual agradecer, luchar y sonreír.

Esa pregunta que tituló este relato —y que alguna vez fue sólo un susurro interno entre la angustia y la esperanza— tiempo después se convirtió en una brújula existencial. “¿A dónde vas, corazón?”, me pregunté cuando el pecho se cerraba y la vida pendía de un hilo invisible. Me lo pregunté antes de entrar al quirófano, mientras firmaba cartas de despedida con manos que temblaban más por amor que por miedo. Y me lo sigo preguntando, ahora que el tiempo me ha concedido la gracia de vivir mucho más allá de aquel umbral incierto.

UN VISITANTE...PELIGROSO

CAPÍTULO 1

LOS PRIMEROS AVISOS

Nunca he sido muy dado a las hipocondrías. Los médicos, como bien sabemos los que andamos del lado del estetoscopio, tendemos a minimizar lo que en otros diagnosticaríamos sin titubeos. Y así, fiel a ese sesgo profesional tan humano como arrogante, dejé pasar los primeros avisos como quien ignora el ruido sutil de una maquinaria que empieza a fallar.

Todo comenzó con unas cifras de PSA ligeramente fuera de lo esperado. Nada escandaloso, apenas alteraciones modestas que uno puede achacar a una tarde de ciclismo, una prostatitis subclínica, o incluso al laboratorio —que “seguramente calibró mal el equipo”, me decía con sorna para mis adentros.

Pero lo cierto es que algo no marchaba del todo bien. Desde hacía algún tiempo, la facilidad con la que orinaba empezaba a parecer un recuerdo juvenil. El chorro había dejado de ser una línea firme y viril, para convertirse en una especie de ensayo impresionista, a veces continuo, a veces interrumpido. El flujo era errático. Como si tartamudeara. Y no por nervios... sino por edad.

Al principio, como buen racionalizador, recurrí a la retórica médica para tranquilizarme: “Hiperplasia benigna. Nada raro para un hombre de mi edad. Normal, predecible, manejable.” Pero el cuerpo —ese otro yo más sincero— empezaba a protestar en silencio.

La frecuencia urinaria nocturna aumentó. De una vez en la madrugada pasé a dos... y luego a tres. Y aunque nunca fui amigo del insomnio, pronto descubrí que la vejiga se había convertido en mi nuevo despertador. Irónica manera de recordarme que la juventud se había ido... y que tal vez no fue tan discreta al hacerlo.

Sin embargo, decidí no alarmarme. Repetí el análisis de PSA al cabo de unos meses. De nuevo, los valores estaban “ligeramente elevados”, como

si el laboratorio jugara a mantenerme en una zona gris donde ni el consuelo ni el pánico tienen cabida. Zona de ambigüedad: el purgatorio clínico del varón maduro.

Como tantas otras veces en mi vida, preferí dejar pasar el tiempo. Me convencí de que “no era nada grave” y de que, en todo caso, bastaba con seguir vigilando. Y así, empecé mi rutina de controles periódicos con una mezcla de escepticismo y resignación.

Aún no había imágenes. Aún no había biopsias. Ni siquiera había urgencias. Solo había una sospecha sorda, una molestia intermitente y una pequeña elevación en el marcador prostático que no alcanzaba todavía para preocupar oficialmente... pero que empezaba a incomodar íntimamente.

Y entonces apareció esa vocecita interna que suele anticipar los desenlaces importantes. Esa que no se oye con los oídos, sino con los años. Y que dice sin estridencias:

—*Pon atención. Hay algo más aquí.*

Pero yo, obstinado como buen sobreviviente de infartos y atropellos, decidí esperar. Total, los médicos vivimos esperando... que pase el efecto del medicamento, que baje la fiebre, que lleguen los resultados del laboratorio... o que el visitante se aburra y se vaya por donde vino.

No sabía aún que no se trataba de una visita. Era un huésped. Uno que no venía de paso.

CAPÍTULO 2

AVISOS MAS SUGERENTES

No hay peor sordo que el que interpreta los susurros del cuerpo como simple estática fisiológica. Yo, que me había vuelto experto en esquivar los diagnósticos incómodos —propios, claro está, nunca ajenos—, empecé a notar que la línea entre “molestia pasajera” y “síntoma persistente” se estaba haciendo tan delgada como mi paciencia nocturna.

Los despertares al baño ya no eran anecdóticos. Se habían vuelto institucionales. Tres, cuatro veces por noche... y no por la carga de trabajo renal ni por el té de manzanilla. Algo más estaba alterando el libre fluir de los días y, sobre todo, de las madrugadas.

Fue entonces cuando decidí, con resignación más que con urgencia, hacerme un ultrasonido. No fue en cualquier sitio, claro está. A mi edad uno aprende que los secretos del cuerpo deben revelarse en lugares donde los equipos sean modernos y el lenguaje técnico lo suficientemente decoroso como para que el ego no sufra una necrosis fulminante. Así que fui a Médica Sur.

Aquel día llegué puntual, con esa mezcla de dignidad clínica y temor existencial que embarga al paciente-médico. El radiólogo era joven,

impecable en bata y modales, y tan conciso como inquietante. Tras los saludos de rigor y la colocación del gel que siempre está más frío de lo humanamente necesario, comenzó su exploración transabdominal con la precisión de un cartógrafo trazando un mapa hostil.

—La próstata está crecida... —dijo con tono neutro, como quien anuncia una llovizna en temporada de secas.

Guardé silencio. Quise pensar que hablaba del tamaño, no de la intención.

—Hay una zona hipoecóica en el lóbulo periférico derecho. Podría corresponder a un área de hiperplasia... aunque no se descarta patología de otro tipo. Habría que correlacionar con antígeno prostático específico y antecedentes.

Lo dijo todo sin levantar la voz. Sin drama. Sin pausa. Pero yo escuché un eco ensordecedor en el interior del cráneo. Esa frase —“no se descarta patología de otro tipo”— se alojó en mi corteza cerebral como un zumbido persistente, un timbre que nadie se atreve a apagar.

No pedí más detalles. No quise que lo repitiera. No necesitaba subtítulos ni segunda opinión. El visitante, ese que venía avisando con educación, acababa de enviar una postal con remitente claro.

En los días siguientes, volví a revisar mis análisis de PSA. Comparé cifras como un contador que detecta fraudes. La curva ascendente era sutil, pero constante. Nada alarmante para un clínico pragmático, pero lo suficientemente terca como para incomodar al filósofo que empieza a preguntarse si la muerte viene en silencio o con fanfarria.

Sin embargo, una parte de mí —la parte rebelde, la que ya había sobrevivido a un infarto y a un atropellamiento— seguía aferrada a la idea de la benignidad. Hiperplasia, me decía. Inflamación. Una prostatitis desapercibida. Un error de laboratorio. Un mal ángulo del transductor. ¡Qué carajos! ¡Hasta una mala noche podía explicar todo!

Lo cierto es que aún no tenía dolor. No había sangrado. No había urgencias. Solo una creciente incomodidad y una sospecha cada vez menos tímida.

Pero no había biopsia.

No todavía.

Porque aún no estaba listo. Ni mi vejiga, ni mi mente, ni mis fantasmas.

Y como buen anfitrión de males en potencia, decidí invitar al visitante a quedarse un poco más... pero sin hacer demasiado ruido.

CAPÍTULO 3

LA AMENAZA TOMA FORMA

Hay un momento, difícil de fechar con precisión, en el que la sospecha se convierte en certeza emocional, aunque no exista aún un diagnóstico

formal. No hablo de evidencia científica, sino de esa convicción interna que se aloja en el plexo solar y se activa con cada silencio clínico, cada pausa incómoda del médico que no quiere alarmar... y cada noche en vela donde el cuerpo no da tregua y la mente se va por caminos oscuros.

Fue durante una de esas madrugadas, de esas donde uno orina en cuotas y piensa en abonos de destino, cuando lo supe. No con la claridad de un informe patológico, sino con la lucidez que da la experiencia de haber sobrevivido más de medio siglo en el campo minado de la salud pública, la enfermedad y la administración hospitalaria: *esto no es una hiperplasia cualquiera*.

La amenaza comenzaba a tener silueta. No nombre todavía, pero sí perfil. Y no uno simpático.

Los síntomas —pequeños, aparentemente anodinos— habían adquirido personalidad. El chorro débil ya no era una anécdota; era una humillación cotidiana. La urgencia miccional se volvió una dictadura. Las noches eran largas, pero no por insomnio... sino por itinerancia urinaria. Yo, que había sido director de hospitales, orquestador de protocolos y defensor del pensamiento racional en salud, ahora era un peregrino de mi propia vejiga.

Me sorprendía observándome al espejo con una mezcla de desdén y ternura. En otro tiempo habría instruido a cualquier paciente con mis síntomas a hacerse una biopsia “por mera precaución”, a no jugar con fuego prostático. Pero a mí mismo me dispensaba indulgencias clínicas que no concedería ni a mi peor residente.

Los días pasaban con una tensión callada. No había alarma en la casa, ni confidencias familiares. Aún no lo compartía. En parte porque temía que, al decirlo en voz alta, adquiriera carácter de verdad irrevocable. Y en parte porque el ego —ese cáncer paralelo del médico maduro— se resiste a reconocer que su cuerpo ha dejado de obedecerle.

Y entonces, comencé a ensayar los posibles futuros.

Uno es muy hábil para esto cuando se ha pasado la vida entre expedientes clínicos y pacientes terminales. Uno sabe lo que viene... no en lo clínico, sino en lo humano. Pensé en el lenguaje corporal de los médicos que dan malas noticias. En las pausas quirúrgicas, en los rodeos, en los “*hay que esperar a la biopsia*” que, más que consuelo, suenan a antesala de tragedia.

La amenaza aún no tenía papeles oficiales. No había firmado contrato con mi organismo. Pero ya ocupaba espacio. En la mente. En el calendario. En la vida.

Me sorprendí un día buscando estadísticas de supervivencia, como quien busca el pronóstico del clima para un viaje ineludible. Consulté literatura médica que había leído decenas de veces, pero ahora con una lupa emocional que no perdonaba adjetivos ni porcentajes. “*La mayoría de los*

cánceres de próstata son de crecimiento lento”, decía una revisión sistemática... pero omitía decir qué pasa con los que no lo son.

Comencé a observar con otros ojos a los hombres mayores. Aquellos que caminan despacio por los pasillos de hospitales, con mirada ausente y expedientes abultados. Me preguntaba, casi con vergüenza: *¿Y si él también lo tuvo? ¿Y si él ya pasó por esto y nunca lo dijo?*

No tenía dolor...No tenía fiebre...No tenía diagnóstico...Pero ya tenía miedo.

Miedo no al cáncer, sino a todo lo que se lleva consigo: la idea de que uno ya no es invencible, que el cuerpo tiene fecha de caducidad, y que la dignidad también puede menguar entre sondas, catéteres y quirófanos.

Y sin embargo, aún no pedía la biopsia.

La amenaza tomaba forma... pero yo no la nombraba.

No por cobardía, sino por ese ancestral reflejo humano de demorar lo inevitable, como quien camina despacio hacia la sala donde sabe que le espera una verdad escrita en letras negras sobre papel blanco... y con sello oficial.

CAPÍTULO 4

EL SALTO DE LA SOSPECHA A LA PROBABILIDAD

Toda sospecha puede ser elegante. Incluso tolerable. Mientras se mantiene en el reino de lo hipotético, conserva cierto aire académico, casi estadístico. Pero cuando da el salto hacia la angustia, pierde todo su refinamiento y se vuelve vulgar. Viscosa. Penetrante. Como ese invitado que no solo llega sin avisar, sino que comienza a mover los muebles de la casa y a preguntar por los documentos del testamento.

Así me sentía. No aún como enfermo, pero ya no como un hombre sano. Suspendido en una tierra de nadie entre el saber clínico y la incertidumbre vital. Y el tiempo, ese viejo traidor que siempre había estado de mi lado, ahora comenzaba a burlarse de mí, cada vez que me sentaba al filo de la cama a medianoche, contando los segundos entre micciones como si fueran pasos hacia un precipicio invisible.

Lo peor no era la vejiga. Lo peor era el espejo. Ese espejo que no perdona. El que refleja los ojos un poco más hundidos, las ojeras ya no justificables por trasnochar estudiando, y la expresión de quien, sin decirlo, sabe que algo anda mal.

Fue entonces cuando me descubrí haciendo algo que nunca pensé que haría: buscando en Internet.

Sí, yo... el académico, el médico, el escéptico profesional. Me vi revisando foros, testimonios, historias de pacientes con PSA altos, nódulos prostáticos, zonas hipoecóicas y toda la gama de eufemismos que en realidad querían decir: *podría ser cáncer*. Claro que lo hacía en la

madrugada, como quien comete un pecado privado. Cerrando ventanas de navegador cada vez que alguien pasaba cerca del escritorio. Vergüenza rara... no por el contenido, sino por la desesperación que comenzaba a delatarme.

Empecé también a hacer cálculos. ¿Qué pasaría si fuera maligno? ¿Qué opciones tendría? Cirugía, radioterapia, vigilancia activa... todos los términos que había enseñado durante años a generaciones de estudiantes, ahora se me presentaban como cartas de una baraja con la que no quería jugar. Porque no era teoría, ni caso clínico. Era *yo*.

Y entonces llegó el insomnio verdadero.

No el de la vejiga, ni el del café nocturno, sino el otro: el insomnio de la conciencia. Ese que empieza con una idea vaga —*“y si es cáncer”*— y termina en una cadena interminable de escenarios posibles: metástasis, hospitalizaciones, pérdida de autonomía, pañales... muerte. Todo en una sola noche. Todo mientras afuera canta un grillo con una paciencia que uno quisiera tener.

Me volví hiper vigilante. Tomaba nota mental del color de mi orina, de la intensidad del chorro, de la presión perineal, de la frecuencia de las noches. Me convertí en mi propio observador clínico, pero sin objetividad, sin método, sin compasión.

Los colegas —esos que uno respeta y a veces envidia— empezaban a parecerme falsos. No porque lo fueran, sino porque ahora sus frases alentadoras me sonaban huecas. *“No te preocupes, eso les pasa a todos”*, me decía uno. *“Seguro es inflamación”*, decía otro. Pero yo conocía sus rostros cuando hablaban en serio. Y ese no era el caso.

Entonces lo comprendí: la sospecha había mutado. Se había hecho cuerpo. Estaba ya en mi sangre, en mi ánimo, en mis decisiones cotidianas. Me sorprendí reordenando mis archivos, revisando mis papeles, anotando contraseñas... por si acaso. No lo decía en voz alta, pero ya lo sabía. El visitante no solo había llegado. Ahora me hablaba. Y lo peor de todo es que yo empezaba a escucharlo.

Fue ese el momento en que supe que no bastaría con evadirlo. Que habría que nombrarlo. Y para nombrarlo, habría que invocarlo.

La biopsia —ese ritual definitivo— comenzaba a aparecer en mi horizonte.

Y lo que más me inquietaba no era el dolor de la aguja, sino el peso de la respuesta.

CAPÍTULO 5

LA DECISIÓN FINAL

Hay decisiones que no se toman: se rinden. No se eligen racionalmente, se aceptan como el siguiente paso de una caída controlada. Así fue con la

biopsia. No recuerdo el día exacto en que decidí hacérmela. Más bien, recuerdo el momento en que dejé de resistirme.

Fue un sábado por la tarde. Estaba solo, con el eco de un ultrasonido reciente aun rebotando en mi mente. La imagen hipoecóica en el lóbulo periférico seguía allí, flotando en mis pensamientos como una sombra que no se diluye. El radiólogo no había querido comprometerse con adjetivos. Pero los médicos entendemos bien ese silencio tibio que significa: *"hágase lo que tenga que hacerse... pero hágaselo pronto."*

Tomé el teléfono, marqué el número de un urólogo de confianza y pedí una cita. Sin preámbulos, sin dramatismos. El tono seco de mi voz debió sonar como una firma anticipada.

Cuando acudí al consultorio, el médico —un hombre ya con cierta madurez, seguro, con esa mezcla de cordialidad y eficiencia que se espera en los médicos experimentados— me saludó con profesionalismo, sin saber aún que yo ya sabía lo que él apenas iba a sugerir.

—Vamos a programar una biopsia transrectal —dijo con naturalidad—. Solo para estar seguros.

Yo negué la propuesta y propuse la cirugía de una vez por todas...No hubo discusión. No quiso contradecirme ni matizar. Ya no estaba para ironías clínicas ni para jugar al paciente difícil. Sabía que esa cirugía iba a exponer más que mi próstata. Iba a exponer también la última ilusión de que todo esto no era más que una broma benigna del destino.

El procedimiento fue agendado para la semana siguiente. Y entonces comenzó la espera más absurda de todas: la espera del procedimiento.

Durante esos días, noté que el mundo seguía girando con total desfachatez. Los niños reían, las calles bullían, los noticieros escupían trivialidades como si a nadie le preocupara que un hombre —yo— estuviera a punto de ser operado, como quien entra a un oráculo sin saber si saldrá con una sentencia o con una tregua.

Lo hablé con pocos. Con muy pocos. Porque no es fácil decir: *"Me van a extraer la próstata para ver si tengo cáncer"*. No se dice así. Se edulcora. Se suaviza. *"Me van a hacer unos estudios."* *"Es solo por protocolo."* Mentiras piadosas para evitar miradas compasivas o, peor aún, las frases prefabricadas del consuelo automático: *"Todo va a salir bien"* ... como si uno no supiera que a veces no sale.

La noche anterior, no dormí muy bien. Me senté en la cama, como tantas veces, pero no para orinar. Esta vez, simplemente no podía acostarme. El cuerpo sabía. La mente sabía más. El *self* —ese cronista interno que todo lo narra con aire de documental de Herzog— me recordaba que había visto a muchos otros hombres pasar por lo mismo, y que algunos lo contaban... y otros ya no pudieron hacerlo.

Llegó el día.

Me presenté al hospital con el estoicismo burocrático que solo los pacientes-médicos podemos fingir. Me senté en la sala de espera con cara de quien va por una extracción de muela. Respondí preguntas. Firmé formularios. Me entregaron una bata azul con instrucciones precisas: *"Abra por detrás."*

Ya en posición, escuché al urólogo preparar el instrumental. Al anesthesiólogo prepararme para un bloqueo peridural y después... solo el sonido metálico de las pinzas, el instrumental, las voces de los interventores, la advertencia mecánica del resector: *clac-clac-clac...* como una ametralladora diminuta que no mata cuerpos, pero sí mata ingenuidades.

No dolió tanto como temía. Pero dolió más de lo que admití.

Tomaron varias muestras del producto de la resección. Una por cada posible camino del destino. Yo no dije nada. Cerré los ojos y pensé en el mar. En los ojos de mis hijos. En la música de Bach. En la lista de pendientes que aún no había resuelto.

Terminó. Me ayudaron a incorporarme. Me indicaron cuidados post procedimiento. Me llevaron a una habitación para recuperarme y me medicaron con los productos que consideraron convenientes para prevenir infecciones. Y luego, lo más difícil:

—Los resultados estarán listos en una semana.

Una semana.

Siete días.

Ciento sesenta y ocho horas para imaginar todos los escenarios posibles, para ensayar reacciones, para escribir mentalmente cartas que quizás nunca se enviarían.

Esa noche, no soñé. Pero dormí.

Porque ya estaba hecho.

El visitante había sido convocado. Y ahora, solo quedaba esperar a que hablara.

CAPÍTULO 6

LA PEOR NOTICIA

Toda espera es una forma de tortura. Pero hay una clase de espera que no tortura con gritos ni con golpes, sino con la posibilidad de que todo cambie al final de una frase. Tuve sangrado...no tanto como podría pensar... tuve molestias... no tantas como había supuesto... pero la espera era devastadora.

Una semana puede ser larga o breve. Depende de lo que se espera. Cuando esperas una biopsia, una semana no es tiempo: es vértigo. Un limbo donde los relojes no dan la hora sino la ansiedad.

Durante esos días me volví actor y espectador de mi propia tragicomedia. Fingía normalidad mientras por dentro repasaba todos los escenarios posibles. Algunos eran heroicos: *“Es una hiperplasia con cambios inespecíficos.”* Otros eran técnicos: *“Neoplasia intraepitelial de bajo grado.”* Pero siempre había uno que regresaba como sombra terca: *“Adenocarcinoma acinar de próstata. Positivo.”*

Cuando llegó el día, no pude ir personalmente al laboratorio. Pedí que me enviaran el resultado por correo electrónico, en tanto mi hijo pasaba más tarde por los resultados físicos. Pensé que leerlo en casa me permitiría procesarlo con más calma. En soledad. Lejos de miradas bienintencionadas y frases estandarizadas.

Abrí el mensaje a las 12:43. Recuerdo la hora porque uno nunca olvida el momento exacto en que el nombre del enemigo se pronuncia con certeza.

El archivo adjunto era breve. Meticulosamente impersonal. En él, una patóloga sin rostro pero sí con apellidos escribió con sobriedad quirúrgica la frase que mi mente había ensayado decenas de veces:

“Adenocarcinoma acinar de próstata. Gleason 7 (3+4). Positivo en el 75% de las muestras.”

Lo leí dos veces. No por incredulidad, sino para confirmar que no había interpretado mal la puntuación. Ni una coma de más. Ni una palabra ambigua. Todo claro. Todo frío. Todo cierto.

El visitante tenía nombre, apellido y patrón histológico. Y había venido para quedarse.

No grité. No lloré. No arrojé nada contra la pared. Solo respiré hondo. Muy hondo. Como si intentara inflar los pulmones para hacerle espacio al miedo que, ahora sí, se instalaba sin pedir permiso.

Recordé la voz de uno de mis maestros, un viejo internista de mirada dura que solía repetir: *“El cáncer no comienza en el cuerpo, sino en la biografía.”* Y comprendí que tenía razón. A partir de ese momento, mi historia personal tendría una nueva línea narrativa. Una que no elegí... pero que ya me pertenecía.

En los minutos siguientes, mi mente —pragmática, estructurada, curtida en tantos otros diagnósticos— intentó organizar los pasos siguientes: *“Estadificación, resonancia, marcadores, segunda opinión, decisiones terapéuticas.”* Pero el alma iba más lenta. Porque una cosa es entender... y otra, aceptar.

Llamé a mi urólogo. Me atendió con voz medida, como si ya supiera. Me dijo lo que todos los médicos dicen en estos casos:

—Es un Gleason 7. Bien diferenciado. Localizado. Hay muchas opciones. No te preocupes. Vamos a actuar a tiempo.

No te preocupes. Qué frase tan inofensiva... y tan inútil.

Agradecí su serenidad, aunque yo sabía —como él— que el peor de los problemas no estaba en la próstata... sino en la mente que ahora debía convivir con la idea de tener cáncer. No sospecha. No posibilidad. No tal vez...era *Cáncer*.

Lo más duro no fue leerlo. Fue decirlo en voz alta por primera vez:

—Tengo cáncer de próstata.

No hay manera de pronunciarlo sin sentir que algo se resquebraja. Como si, al decirlo, uno lo hiciera más real. Como si el nombre confirmara la sentencia.

Pasé el resto del día en silencio. No por tristeza, sino por respeto. Como cuando se guarda luto por alguien que murió... pero en este caso, por la parte de mí que aún creía que las estadísticas eran para otros.

Esa noche no soñé con quirófanos. No me invadió la angustia.

Solo me dormí abrazado a una certeza que ya no podía negar.

Y con ella, el visitante —ya no imaginario, ya no sospechoso— se sentó cómodamente en el sillón de mi alma, como quien sabe que tiene derecho de estancia... por tiempo indefinido.

CAPÍTULO 7

LAS DECISIONES QUE CAMBIAN LA VIDA

Hay decisiones que uno toma en el mostrador de una cafetería, con prisas: azúcar o edulcorante, leche o deslactosada, capuchino o americano. Y hay otras que se toman frente al espejo, sin testigos, sin música de fondo, sin promesas de felicidad. Esta era de las segundas.

La noticia ya había sido pronunciada: cáncer de próstata. No de los agresivos, no de los veloces, no de los que tienen prisa por matar. Pero cáncer al fin. Y eso bastaba para poner el tablero en posición de guerra.

El urólogo fue claro. Clínico, sin alarmismos, pero sin rodeos.

—Podemos considerar vigilancia activa, prostatectomía, radioterapia externa o braquiterapia. Tú decides.

Tú decides.

Qué frase tan democratizante... y tan despiadada. Porque no hay mayor responsabilidad que elegir cómo tratar la enfermedad que podría —en el peor de los casos— decidir cuándo te vas.

Yo, que había dictado conferencias sobre toma de decisiones en salud, me descubrí súbitamente inexperto. Porque una cosa es hablar de probabilidades en abstracto, y otra muy distinta es elegir entre orinar con naturalidad o conservar la potencia sexual... o ninguna de las dos.

Las opciones no eran tratamientos. Eran caminos. Todos con sus sombras. Todos con sus renunciaciones. No había escenario ideal. Solo la promesa de

que, si uno elegía bien, podía vivir muchos años más. Y si no, también... pero no igual.

Lo pensé todo. Lo leí todo. Lo comparé todo. Hablé con colegas. Con ex pacientes. Con Google. Con mi yo nocturno. Con el yo que había sobrevivido a un infarto y con el que había escrito artículos sobre sistemas de salud mientras el dolor de pecho lo obligaba a detenerse entre párrafo y párrafo.

Y, sin embargo, la decisión no era técnica. Era simbólica.

Operarse era declarar la guerra frontal: quitar, extirpar, arrancar. Asumir la mutilación profiláctica como un sacrificio moderno. Radiarse era un pacto con la precisión: quemar sin tocar, esperar sin abrir. La vigilancia activa, en cambio, era una forma refinada de aplazar el duelo: mirar al visitante con recelo, pero sin invitarlo a salir.

Cada alternativa tenía su precio. No solo físico, sino íntimo. La masculinidad, ese mito persistente que sobrevive incluso en los ateos y los feministas de buena fe, empezaba a pesar como un argumento subterráneo.

¿Qué me preocupaba más? ¿El riesgo oncológico o el impacto en mi identidad? ¿La muerte lenta o la vida limitada?

A esas alturas, ya no hablaba del cáncer. Hablaba de mí.

Y en ese trance, entendí algo que jamás me habían enseñado en la facultad: que las decisiones médicas no se toman con el conocimiento, sino con el alma.

Elegí.

No sin dudas, no sin miedo. Pero con convicción. Con una voz interna que me dijo: *esto es lo que puedes tolerar, esto es lo que puedes cargar, esto es lo que aún puedes controlar.*

Lo comuniqué con serenidad. A mi médico. A mi familia. A mí mismo.

Y esa misma noche, dormí profundamente por primera vez en semanas.

No porque el cáncer se hubiera ido. No porque el visitante recogiera sus cosas.

Sino porque, al fin, la casa era mía otra vez.

EPÍLOGO

REENCUENTRO CON LOS AFECTOS

El cáncer tiene la cortesía brutal de ponerte frente a un espejo que no deforma. Te quita filtros. Te despeina el alma. Y lo primero que uno descubre —más allá del miedo y de los efectos secundarios que aún no llegan— es que hay cosas que postergó tanto, que ya estaban empezando a irse.

Los afectos, por ejemplo.

Durante años había vivido en la dinámica de la eficacia: agenda llena, compromisos públicos, reuniones eternas, cafés que sabían a protocolo y abrazos que sabían a despedida sin haberse dicho. El afecto, ese gesto tibio y persistente, se había convertido en algo que se reservaba para los funerales y los cumpleaños redondos.

Hasta ahora.

Ahora que la vida se medía no en planes quinquenales ni en proyectos institucionales, sino en madrugadas tranquilas, llamadas espontáneas y silencios compartidos.

Redescubrí a mi familia como quien vuelve a casa después de años en el extranjero. No porque no estuvieran antes, sino porque yo había estado muy lejos. Pensando, trabajando, sobreviviendo.

Mis hijos, con su mezcla de humor y ternura, empezaron a llamarme más seguido. No preguntaban por el tumor. Preguntaban por mí. Y eso —esa diferencia— era todo. Como si el cáncer los hubiera autorizado, por fin, a preocuparse sin parecer melodramáticos.

Mi esposa —esa cómplice de tantas trincheras— me miraba con una ternura nueva. No con lástima, sino con esa especie de solidaridad profunda que solo se tiene cuando uno sabe que el otro puede irse... pero todavía no.

Y los amigos, los verdaderos, empezaron a emerger como islas firmes en medio del archipiélago social que uno construye por compromiso o por cortesía. Algunos llamaban. Otros escribían. Unos pocos simplemente aparecían, sin aviso, con una botella de vino o una conversación sin tema. Y yo los recibía como se recibe a un salvavidas que no sabías que necesitabas.

El cáncer no había cambiado a los demás. Me había cambiado a mí.

Y eso fue suficiente para que los gestos más simples —una risa, una comida compartida, un silencio cómodo— adquirieran el peso de un milagro cotidiano.

No hablábamos mucho del diagnóstico. No era necesario. La palabra “cáncer” flotaba en el aire como un perfume denso, pero ya no dominaba la escena. Lo que ocupaba el centro, ahora, era la vida. Esa vida que antes se daba por sentada, y que ahora se celebraba como si cada día fuera el primero después de la guerra.

Reflexioné, con la mirada serena de quien ha recorrido una larga travesía entre la fragilidad y la fortaleza, y quise dejar constancia de una verdad que brota del alma: *nada de lo que he sido después habría sido posible sin ustedes, mi familia, mi esposa, mis hijos, mis colegas y amigos entrañables.*

La vida me ha ofrecido muchas cosas, pero entre todas, la más valiosa ha sido la presencia amorosa, solidaria y constante de ustedes. En los días oscuros, cuando la enfermedad me recordó cuán frágil puede ser la

existencia, estuvieron ahí como pilares firmes, sin vacilar, entregándome lo más precioso que tiene un ser humano para ofrecer: su tiempo, su cuidado y su amor incondicional.

A ti, mi amada esposa, mi compañera de vida, quiero darte gracias por haber sostenido mi mano —y tantas veces también mi ánimo— cuando sentí que todo podía venirse abajo. Tus palabras serenas, tus silencios sabios, tu mirada firme... fueron bálsamo y escudo a la vez. Cuando redacté aquellas cartas de despedida, pensando que quizá no volvería, una parte de mí lloraba por no poder envejecer a tu lado. Y hoy, que seguimos caminando juntos, me siento inmensamente agradecido de haber tenido la fortuna de volver a despertar con tu rostro como amanecer.

A mis hijos, que son la prolongación más luminosa de mi ser, les agradezco por haberme inspirado a luchar, por haber sido motivo y sentido en mis momentos de mayor vulnerabilidad. Verlos crecer en todos sentidos, verlos madurar, verlos encontrar su camino ha sido uno de los privilegios más grandes de esta segunda vida que me fue concedida. Ustedes me dieron la fuerza para resistir y me regalan, cada día, razones para sonreír y creer que todo ha valido la pena.

A mis colegas, amigos y compañeros de vida profesional, que no solo me apoyaron con su conocimiento, sino también con su humanidad y entrega. A quienes movieron cielo, tierra e instituciones para que los mejores cirujanos llegaran a donde yo estaba... a quienes no vieron en mí sólo un paciente, sino un hermano, un compañero, un ser querido. Mi gratitud no cabe en palabras. Lo que hicieron por mí fue un acto de amor, revestido de ciencia, y una demostración ejemplar de lo que significa ser parte de una comunidad.

A todos ustedes, gracias por cuidarme sin cansancio, por entender mis silencios cuando la ansiedad me invadía, por soportar mis temores, por estar presentes incluso cuando no sabía cómo pedir ayuda. Gracias por seguir ahí, después de la recuperación, en las alegrías y también en las inevitables sombras que la vida presenta. Porque no sólo me acompañaron en la enfermedad, sino en la reconstrucción de mi esperanza y mi espíritu.

He tenido la fortuna de vivir, sí... pero más aún, *he tenido la fortuna de vivir acompañado, rodeado de afecto y significado*. Cada día que he despertado desde aquella cirugía ha sido una nueva oportunidad para abrazarlos con el corazón, para mirarlos con ojos distintos, para amarlos más profundamente.

Y desde ese presente lleno de vida, solo me quedó decir en esos momentos: *gracias por caminar conmigo, gracias por sostenerme, gracias por amarme*. En cada uno de ustedes se encuentra un pedazo de mi renacer, y en cada latido de este corazón recanalizado vibra el eco de su amor y su presencia.

La vida, he aprendido, no es una línea recta ni un territorio seguro. Es una travesía frágil, hecha de momentos que se desvanecen apenas ocurren. Es un soplo que se convierte en huracán y luego en brisa suave. Es una tensión constante entre la certeza de la muerte y el milagro de seguir vivos. Por eso, toda vida vivida conscientemente es un acto de coraje.

La fragilidad humana no es un defecto, sino un recordatorio: *somos finitos, pero dentro de esa finitud habita una infinitud de significados*. El corazón —este músculo terco y valiente— no solo late sangre; late memorias, late emociones, late decisiones. Late amor. Y cada latido es una afirmación silenciosa de que, a pesar de todo, seguimos aquí.

En mi caso, la muerte me tocó de cerca pero no me arrastró. Me enseñó a mirar el mundo con nuevos ojos. A entender que la salud no es solo una condición biológica, sino un equilibrio sagrado entre cuerpo, mente y entorno. A dar gracias por cada día sin dolor, por cada abrazo, por cada café compartido, por cada puesta de sol que no había notado antes.

¿Y a dónde va, entonces, este corazón con este cuerpo remendado? Va hacia la vida. Hacia el amor que aún puedo dar. Hacia las experiencias que aún me esperan. Va hacia los brazos de mi familia, hacia las conversaciones con mis amigos, hacia los libros que aún quiero leer...o escribir... y los recuerdos que aún quiero sembrar. Va, también, hacia adentro, donde habita la conciencia tranquila de quien ha vivido de acuerdo con sus valores, aun en medio de la incertidumbre.

He aprendido que la vida no se mide en años, sino en intensidad, en significados, en vínculos. Que el sufrimiento no invalida la alegría, sino que la enmarca, la define, la ilumina. Que vivir con plenitud es aceptar la imperfección, comenzando por la propia, abrazar las pérdidas, agradecer lo ganado, y no dejar de maravillarse ante lo cotidiano.

Y por eso, si tuviera que responder hoy aquella vieja pregunta que alguna vez lancé al viento, “¿dónde vas corazón?” diría con convicción:

¡Voy hacia la vida! ¡Siempre iré hacia la vida...! Y mientras sigas latiendo, y este cuerpo se mueva, y esta mente aún funcione... ¡seguiré caminando contigo...! Pero todo ha de tener un final...y no sabemos que cara ha de tener...

—FIN